BULLETIN ET MÉMOIRES

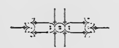
DE LA

SOCIÉTÉ DE LARYNGOLOGIE

D'OTOLOGIE & DE RHINOLOGIE

DE PARIS

ANNÉE 1905



MM. FURET, Président
GEORGES GELLÉ, Vice-Président
MOUNIER, Trésorier
SAINT-HILAIRE, Secrétaire-Général
DIDSBURY, Secrétaire des Séances

BULLETIN & MÉMOIRES

DE LA

SOCIÉTÉ DE LARYNGOLOGIE

D'OTOLOGIE ET DE RHINOLOGIE

DE PARIS

NOTA. — On avait reproduit par erreur, sur la couverture du *Bulletin de 1904*, la composition du Bureau de l'année précédente.

Le Bureau était composé pour l'année 1904 ainsi qu'il suit :
MM. COURTADE, *Président ;* FURET, *Vice-Président ;* MOUNIER, *Trésorier ;* SAINT-HILAIRE, *Secrétaire-Général ;* MAHU, *Secrétaire.*

Séance du Vendredi 13 Janvier 1905

Présidence de M. le Dr Furet, Président.

Présents : MM. Ménière, Saint-Hilaire, Mounier, Broeckaert, G. Didsbury. A. Courtade, A. Castex, C.-J. Koënig, Sarremone.

Allocution du Président

M. Furet en prenant possession du fauteuil présidentiel improvise un discours dans lequel il assure la Société de son zèle et de son dévouement. Sans être un président réformateur, ni révolutionnaire,il contribuera de toutes ses forces à la vie et à la prospérité de la Société. Il a la bonne fortune pour la première séance qu'il préside, d'avoir à féliciter notre collègue Mahu, nommé Chevalier de la Légion d'honneur, de la haute distinction dont il vient d'être l'objet: en dehors des titres scientifiques, qui ne font pas défaut à M. Mahu, la Société tout entière félicite notre collègue qui ne compte parmi elle que des sympathies.

La correspondance comprend :

1° Une lettre de M. Courtade parlant de la lettre écrite au Dr Luc, démissionnaire de notre Société et écrite dans l'espérance de le faire revenir sur sa décision. Cette démission a été confirmée dans une réponse qui assurait que des raisons

d'ordre purement personnel l'obligeaient à maintenir sa résolution.

2° Une lettre de candidature du Dr Louis Fiocre, sur la recommandation et le parrainage des docteurs Alfred Martin et Lubet-Barbon.

M. Sarremone est désigné pour être le rapporteur de cette candidature.

Sur un nouveau traitement de la tuberculose laryngée

Par le Dr MOUNIER

J'ai tenu à communiquer à la Société Parisienne de Laryngologie les résultats d'un *traitement nouveau* que j'expérimente depuis près de sept mois contre la tuberculose laryngée, parce que ce traitement semble véritablement curatif et ne présente aucun inconvénient comme tant de topiques préconisés contre cette affection si grave.

Cette communication n'est du reste que la première sur ce sujet, et je tiendrai mes confrères au courant de la question.

Je ne m'étendrai pas sur les deux sortes de souffrances du tuberculeux laryngien :

La gêne de la respiration.

La gêne de la déglutition.

On les calme, à l'heure actuelle, comme on peut et quand on le peut, par la trachéotomie, par la cocaïne, la morphine et l'orthoforme ; mais j'aborderai le traitement employé pour la cure des lésions.

Les uns veulent un traitement purement médical, les autres n'emploient volontiers que l'intervention chirurgicale.

Dans le premier cas, c'est aux inhalations variées, aux poudres en insufflation et aux attouchements caustiques qu'on a recours ; dans le deuxième cas, après ablations à la pince coupante, du tissu tuberculeux, on y porte un topique (acide lactique, chlorure de zinc ou autre) ou bien, on pratique au galvanocautère la destruction de tout ce qui est pathologique.

Toute cette thérapeutique donne quelques cas de guérison, mais combien rares pour la masse des malades traités.

Nous étions nous-mêmes dans la même situation que nos confrères vis-à-vis de nos tuberculeux laryngiens quand nous avons eu, il y a huit mois la bonne fortune de suivre, de près, les malades d'un de nos confrères parisiens qui s'occupait surtout du traitement de la tuberculose chirurgicale par des injections locales d'un liquide modificateur. C'est du docteur Guerder dont nous voulons parler.

Frappés des résultats très positifs obtenus par lui, nous avons eu l'idée d'employer la même modification dans la tuberculose du larynx, et les résultats ont été aussi bons que dans les lésions tuberculeuses des articulations ou des os, bien que notre mode d'application soit complètement différent de sa technique pour la tuberculose externe.

Jamais pareil topique n'a été mieux supporté par nos malades et n'a donné entre nos mains de semblables résultats *dans tous les cas traités.*

Ce qui est le plus typique dans la manière d'agir du liquide employé, c'est qu'il a une *action absolumenl élective* sur le tissu tuberculeux qui *seul* prend une teinte grise dès les deux premiers attouchements.

Le pansement appliqué au pinceau laryngien ordinaire, sous le contrôle du miroir, amène la cicatrisation des ulcérations, la diminution des infiltrations diffuses du début, et dans les cas ou l'état général n'est pas trop mauvais, la rapide restitution, *ad integrum*, tant au point de vue *vocal* que *respiratoire.*

Dans les œdèmes circonscrits et durs des aryténoïdes et de l'épiglotte, il lui faut une porte d'entrée pour pénétrer dans le tissu malade, et l'ignipuncture la plus simple, suivie d'une application du topique, fait rapidement affaisser le tissu exubérant.

L'état du poumon chez les tuberculeux laryngiens a la plus grande importance, on le pense sans peine, c'est pour cela que nous cherchons à perfectionner la méthode, en traitant en même temps les malades par des injections trachéales du même produit.

Il ne m'appartient pas de publier les résultats obtenus sur

le poumon, mais les faits semblent nettement en faveur de l'application du même liquide au poumon.

Observations

Notre expérience porte actuellement sur treize malades soignés dans l'espace de ces sept derniers mois.

Nous classons nos patients en trois catégories suivant la gravité des lésions :

3 laryngites au 1er degré (voix très altérée).

3 guérisons après :

Cinq pansements.

Six pansements.

Treize pansements ayant amené une guérison apparente et *dix* autres pansements, depuis lesquels la malade est en bon état (voix parfaite).

5 *laryngites au 2me degré* : voix complètement éteinte dans la plupart des cas, sténose assez marquée pour avoir du léger tirage dans trois cas ; douleur à la déglutition chez quatre malades, surtout marquée chez deux.

Tous ces malades vont beaucoup mieux après un maximum de 20 pansements chez les deux plus anciens. L'un d'eux, celui que j'ai eu le plus en mains, arrivé avec du tirage, une voix à peine distincte, une toux de gorge incessante est aujourd'hui considéré comme guéri. Je lui continue mes soins pour assurer le résultat acquis. J'ai commencé à le soigner le 11 novembre 1904.

5 *laryngites au 3me degré*, Larynx dans un état pitoyable ; poumons très pris.

Deux de ces malades, arrivés à ma clinique avec une tuberculose au 3e degré, sont morts par leur poumon dans les deux mois qui ont suivis ; le premier guéri de ses ulcérations multiples de l'épiglotte qui avaient pour ainsi dire disséqué tout l'organe où on ne voyait plus à un moment que le cartilage déformé ; le second qui depuis trois semaines ne pouvait rien avaler (ou à peu près), dès le 3e pansement s'alimentait sans trop de douleurs.

Les autres sont encore en traitement :

Un depuis deux semaines à peine.

Un depuis le mois de septembre a eu seulement 23 pansements très irréguliers et va pourtant mieux ;

Un depuis le 21 octobre a eu 20 pansements et trois scarifications par ignipuncture sur les aryténoïdes. Ceux-ci volumineux, de la grosseur d'une petite noisette ont repris un volume presque normal. La voix est à peine enrouée malgré une chordite gauche qui diminue de jour de jour ; la déglutition est facile ; ce malade se remonte visiblement.

Tous ces tuberculeux laryngiens, ont les poumons pris à des degrés divers, certains même ont eu leurs crachats examinés, et le résultat a été positif.

Le traitement a été de ma part purement laryngien ; je ne me suis occupé en rien du traitement général qui, appliqué par le médecin habituel, a été fort varié ; il ne saurait donc avoir aucune influence sur le traitement local employé par moi.

Tout ces patients étaient des malades de clinique venant au pansement d'une manière peu régulière tout en continuant leur travail ; ce qui m'autorise à dire que les résultats auraient encore été meilleurs si on avait pu appliquer à ces tuberculoses une cure de repos et de suralimentation.

Nature du liquide

Le liquide qui nous a servi pour tous nos malades est purement et simplement de *l'extrait glycériné de foie de morue frais*, préparé dans des conditions de fraîchenr et de pureté parfaites, par M. Welcker, pharmacien à Paris, qui s'occupe de cette question depuis de longues années. Il appelle ce liquide *Sanas* et c'est sous ce nom qu'il est vendu. Je me sers du liquide concentré, qui est filtré et stérilisé.

L'expérience nous a prouvé que le liquide presque *brut* a beaucoup plus d'action que le liquide très filtré et stérilisé à une trop haute température. Il est d'une conservation parfaite, même en bouteilles ouvertes journellement pour les besoins de pansement. Sa réaction est très légèrement acide, sa couleur brunâtre, son odeur rappelle celle du poisson.

Nous ne connaissons pas quant à présent, le principe con-

tenu dans cet extrait, et agissant sur le tissu tuberculeux ; des recherches sont faites pour arriver à le déterminer. Le *sanas* contient tous les principes de l'huile de foie de morue (six alcaloïdes et de l'acide Morrhuique); en outre on y trouve du glycogène, de la lécythine et de la cholestérine.

Du reste sait-on ce qui agit dans l'huile de foie de morue, et cependant, il est admis cliniquement que ce corps, pris à dose suffisante, est un des meilleurs remèdes à opposer à la tuberculose.

L'extrait glycériné contient à coup sûr le principe actif de l'huile de foie de morue, il est même logique de penser que c'est à son degré de concentration dans le *sanas* que ce liquide doit son action si remarquable sur le tissu tuberculeux.

Didsbury, à propos de la communication de M. Mounier, fait connaître qu'il a connu dès le début, le remède du Dr Guerder, mais qu'il y a quelques années il ne se pratiquait pas en badigeonnages intra-laryngés. A cette période M. Guerder pratiquait des injections sous-cutanées dans la région du larynx, de chaque côté de l'anneau cricoïdien.

Un cas de tuberculose laryngée ainsi traité et suivi par Didsbury pendant quelques semaines ne fut pas amélioré.

Mounier. — En effet, il en était bien ainsi primitivement et sans succès d'ailleurs.

Examen anatomo-pathologique d'un cas de paralysie récente du récurrent laryngé. Considérations nouvelles sur la genèse des altérations des muscles, spécialement du crico-aryténoïdien postérieur.

par le Dr Jules BROECKAERT, de Gand

La prédominance des altérations atrophiques et dégénératives, dans le muscle *crico-aryténoïdien postérieur*, en cas de lésion du récurrent laryngé, a fait formuler cette loi, créée d'abord par Semon, que le muscle postérieur, le mus-

cle de l'abduction de la corde vocale, le muscle respirateur, est plus *vulnérable* que les autres muscles du larynx.

Je n'ai pas l'intention de revenir aujourd'hui sur l'étude critique de cette loi, que j'ai longuement discutée dans mon livre sur le nerf récurrent. Je vous rappelerai cependant qu'il ressort de l'examen d'un certain nombre de pièces anatomo-pathologiques, se rapportant à des paralysies récurrentielles, que l'atrophie des muscles y existait non seulement dans les postici, mais au même titre dans toute la musculature du larynx. Tel est entre autres le cas publié par Jörgen Möller, tel encore le cas dont j'ai fait la démonstration au congrès de Madrid.

Dans une communication retentissante, Saundby, de Birmingham, a pu démontrer cette année un cas de paralysie récurrentielle, due à un cancer de l'œsophage, dans lequel la loi de Semon a même été trouvée complètement en défaut. Ce n'était plus ici le muscle postérieur, mais bien le thyro-aryténoïdien — un peu moins le latéral — qui étaient les plus altérés. Semon lui-même a dû reconnaître que ce cas constituait, sans conteste, une exception à sa loi.

Je dois cependant avouer que personnellement j'ai retrouvé dans deux cas de paralysie récurrentielle (1) les lésions dégénératives les plus profondes et les plus étendues dans le *muscle crico-aryténoïdien postérieur*.

Quoi qu'il en soit donc de l'exactitude de la loi de Semon, on a cherché à en expliquer le pourquoi en admettant que le muscle postérieur est dans un état d'infériorité par rapport à ses congénères et c'est dans la *constitution bio-chimique* même, dans la fibre, qu'on a cru trouver la solution.

A plus d'une reprise j'ai tâché de faire ressortir le peu de valeur de toutes les argumentations mises en avant pour démontrer que les dilatateurs de la glotte seraient plus vulnérables que les constricteurs. J'ai montré notamment que chez certains animaux, chez le chat, le chien, le cobaye, le lapin, le singe, la section complète du récurrent était suivie d'une atrophie *rapide* et *constante* du seul muscle *thyro-aryté-*

(1) Broeckaert. — Deux cas de paralysie récurrentielle avec examen histologique des muscles et des nerfs du larynx. Extrait de la *Presse Oto-Laryngologique Belge*, n° 2, 1904.

noïdien externe. Tout en n'attachant qu'une valeur relative à ces recherches expérimentales sur les animaux, je crois néanmoins que ces expériences constituent un des arguments les plus sérieux contre la prétendue vulnérabilité du muscle postérieur.

Aussi tend-on de plus en plus à rechercher la cause de l'infériorité apparente du muscle postérieur dans les *filets nerveux* qui innervent les divers muscles du larynx. *Les fibres nerveuses, contenues dans le tronc récurrentiel destinées au postérieur, seraient moins résistantes que celles qui se rendent aux constricteurs*. En cas de compression, ce seraient elles qui seraient lésées les premières et qui amèneraient ainsi, même exclusivement au début, des altérations regressives dans le muscle postérieur, et, comme conséquence, la *paralysie limitée à ce muscle dilatateur*.

Cette théorie se base donc sur la fragilité toute spéciale des filets dilatateurs du récurrent. Si elle est exacte, il faut que l'on puisse démontrer que, dans les cas de paralysie limitée aux dilatateurs ou dans des cas de compression récurrentielle récente et progressive, *une partie seulement des fibres du récurrent est dégénérée*. A côté des fibres nerveuses détruites ou en voie de l'être, il faut qu'on en trouve qui sont restées intactes, et il faut même qu'elles constituent la majorité, puisque les fibres abductrices leur sont inférieures en nombre.

Or, cette preuve élémentaire ne m'a pas encore été fournie jusqu'à ce jour, *du moins pour ce qui concerne les lésions récurrentielles d'origine périphérique* (1). Si l'on parcourt les rares travaux où il est fait question de l'examen histologique de ces nerfs, on note généralement que les morceaux nerveux laissèrent voir des altérations dégénératives profondes consistant en disparition de leurs gaines de myéline avec quelques cylindraxes conservés en certains points. Sauf dans deux cas, celui d'Onodi et celui de Koschier, personne n'a soumis à un examen spécial les branches de subdivision du nerf récurrent, et dans mon travail j'ai montré que les conclusions de ces deux auteurs étaient même passibles d'objections très sérieuses.

(1) Broeckaert. Etude sur le nerf récurrent laryngé. 1903, pages 107 et suivantes.

Les quelques études personnelles que j'ai faites des nerfs se rapportant à des lésions récurrentielles m'ont permis de conclure qu'en *conséquence d'une compression du tronc du récurrent des lésions s'étendent indistinctement tant aux fibres nerveuses destinées au dilatateur qu'aux constricteurs*. L'examen microscopique des troncs nerveux m'a, en effet, montré une altération profonde, diffuse, s'étendant *indistinctement et au même degré aux différents faisceaux*. Toutes les gaines de myéline étaient profondément atteintes et même les cylindraxes ne paraissaient pas avoir échappé à ce processus de destruction.

Le hasard de la clinique m'a procuré, il y a quelque temps, un cas des plus intéressants, où l'évolution de la paralysie récurrentielle s'est en quelque sorte effectuée sous mes yeux, où j'ai pu noter le début de l'atteinte du nerf et où la mort rapide, survenue quinze jours après l'apparition des premiers symptômes laryngés, m'a fourni des pièces anatomo-pathologiques de la plus grande valeur.

Observation. — Il s'agit d'un homme d'une soixantaine d'années, qui était venu me consulter pour une gêne croissante de la déglutition. Depuis des semaines les aliments solides ne pouvaient plus passer. Le cathétérisme me fait supposer que le rétrécissement siège à la partie supérieure de l'œsophage, et comme il y a des ganglions indurés dans le creux sus-claviculaire, l'hypothèse la plus probable est celle d'un rétrécissement cancéreux.

Je revois mon malade deux fois par semaine, instituant les traitements les plus variés.

Vers le *2 mai* la voix s'altère, devient enrouée. L'examen laryngoscopique, qui avait permis jusqu'ici de reconnaître la *mobilité des deux cordes vocales,* démontre à ce moment que la corde gauche exécute des mouvements avec moins d'ampleur et plus de difficultés.

Le *9 mai*, je pratique un nouvel examen laryngoscopique : la corde vocale gauche est immobile à quelques millimètres de la ligne médiane, dans la position que j'ai appelée *position intermédiaire.*

Le cathétérisme, fait avec beaucoup de prudence, devient impossible : plus rien ne passe. L'amaigrissement est rapide et le malade perd ses forces.

Voyant que son état ne fait que s'aggraver, le malade, qui va évidemment succomber à l'inanition, demande lui-même une intervention rapide et le 16 mai un chirurgien lui pratique la gastrostomie. Vers le même soir le cœur s'affaiblit et l'opéré meurt en quelques minutes.

A l'*autopsie*, la section de l'œsophage par sa partie postérieure montre un carcinonne de la partie supérieure de cet organe. Sur une étendue de plusieurs centimètres, la muqueuse, épaissie est le siège de masses fongueuses, ulcérées.

Les deux *récurrents* se retrouvent sur les parties latérales de l'œsophage. Le *récurrent gauche* semble intact jusqu'au moment où il est englobé par un petit *amas ganglionnaire* situé à gauche de la trachée, un peu au-dessous de la corne thyroïdienne inférieure.

Il nous est possible de suivre le nerf au-dessus de la tumeur et de disséquer le tronc et les branches terminales dans la gouttière que forme le cartilage thyroïde avec le tube laryngé. Chacun des rameaux nerveux est placé isolément dans le *Marchi*.

Immédiatement au-dessus de la masse indurée on constate, en dedans du nerf, *l'artère laryngée postérieure* qui se divise en deux branches dont l'une se perd dans le muscle crico-aryténoïdien postérieur. L'artère est adhérente à la masse néoplasique dans laquelle la dissection ne permet pas de la poursuivre. Ses parois sont *athéromateuses*, épaissies, ce qui la fait distinguer très facilement. A côté d'elle la veine est aplatie et reconnaissable à sa coloration bleu-foncée.

L'examen *macroscopique* du larynx n'y fait guère découvrir d'altération.

Examinés au *microscope*, les *muscles* présentent toutefois des lésions manifestes.

Dans le *thyro-aryténoïdien interne* les fibres ont en grande partie conservé leur parallélisme et leur striation. Néanmoins elles ont un diamètre plus petit qu'à l'état normal et leurs noyaux, par place, sont plus nombreux. Un certain nombre de fibres paraissent normales.

Le *crico-aryténoïdien latéral* présente des lésions plus avancées. A côté de l'atrophie manifeste de la plupart de fibres, le faisceaux primitif est le siège de *tuméfaction trouble* : le protoplasme a une tendance à devenir amorphe.

Les mêmes altérations se montrent dans le *crico-aryténoïdien postérieur*. Les faisceaux primitifs ont perdu en grande partie la netteté de leurs contours : ils sont devenus noueux et gon-

fiés. La striation tend à disparaître et ne se retrouve que par endroits : par ci par là le protoplasme est finement granuleux.

Examen du nerf laryngé inférieur gauche.

Dans le *tronc* du nerf, au-dessus de la masse ganglionnaire, on trouve des lésions *dégénératives très nettes. Toutes les gaines de myéline sont atteintes de dégénérescence wallérienne.* Nulle part, dans les nombreuses coupes du nerf, il n'y a un seul faisceau avec des fibres médullaires normales.

La fragmentation de la myéline est partout très apparente ; on retrouve dans les gaines des masses irrégulières, oblongues ou ovalaires, grossièrement granuleuses, séparées les unes des autres par des brisures imbriquées. Les modifications sont également intenses sur toute la longueur des fibres.

Les *gaines de Schwann* ont conservé leurs contours nets et visibles ; en certains endroits le névrilème forme une ligne onduleuse.

Il y a, en outre, une prolifération active des cellules névriématiques qui sont étroitement apposées aux gaines de myéline.

Au milieu des masses colorées formées par la désagrégation de la myéline, on peut reconnaître encore quelques rares portions de *cylindraxes* : très irrèguliers dans leur diamètre, ces débris tracent leur voie à travers la myéline fragmentée.

Le périnèvre montre de nombreuses cellules graisseuses qui tranchent par leur coloration noire.

Les mêmes lésions se rencontrent, *d'une façon absolument identique*, dans la branche nerveuse destinée aux adducteurs ; plus volumineuse què les deux branches musculaires destinées au crico-aryténoïdien postérieur et à l'ary-aryténoïdien, elle peut-être considérée comme la continuation du tronc.

L'étude de la branche *crico-aryténoïdienne postérieure,* nous montre également les gaines avec un contour irrégulier ; la myéline s'y présente en courts segments séparés par des divisions multiples et transverses : la segmentation y paraît moins avancée, du moins dans certaines fibres.

Cette observation, complétée par l'examen anatomo-pathologique, comporte des enseignements précieux au sujet des paralysies laryngées.

Comme je l'ai fait remarquer, la corde vocale est restée une

quinzaine de jours, jusqu'à la date de la mort, immobile en position intermédiaire, comme on le produit expérimentalement sur les animaux par la section du récurrent. Il faut donc admettre que depuis ce jour le nerf récurrent était détruit complètement *au point de vue fonctionnel.* Même en admettant qu'il y ait eu encore quelques rares cylindraxes normaux, l'aspect clinique de la corde nous force de conclure à l'abolition totale de la conduction nerveuse.

L'examen du tronc nerneux est particulièrement intéressant à ce point de vue, car il nous montre la désorganisation complète de ce nerf. Il nous permet aussi d'affirmer que les altérations y sont relativement récentes et cela dans toutes les fibres à partir du siège de la lésion.

En effet, les masses de myéline sont encore volumineuses et n'ont pas perdu tout pouvoir de coloration. Quand la dégénération existe depuis des semaines, les fragments de myéline se colorent de moins en moins et deviennent plus petits et plus rares. Plus tard, comme j'ai eu l'occasion de l'observer, les restes de la myéline sont englobés dans la substance des cellules envahissantes et finissent par disparaître, les faisceaux nerveux n'étant plus guère constitués que par une gaine conjonctive.

Les altérations des cylindraxes suivent de près celles des gaines myéliniques. Ils se fragmentent à leur tour, se désagrègent en fines granulations et se fondent finalement dans les globules dégénérés de myéline.

Quelques neurologistes (Ballance, Stevart) font remarquer que les plus fins des cylindraxes survivraient plus longtemps que les volumineux. D'autre part, l'étude expérimentale d'un nerf sectionné montrerait que les cylindraxes près du bout coupé sont fragmentés en masses irrégulières, confluentes avec la myéline, alors que dans les branches terminales les cylindraxes ont conservé leur continuité et paraissent encore normaux.

De ces considérations, tant générales que spéciales, un fait se dégage : *les fibres nerveuses dilatatrices contenues dans le récurrent ne sont pas plus fragiles, plus vulnérables que celles destinées aux constricteurs.*

Comment dès lors expliquer que, dans un grand nombre

de paralysies du récurrent, les muscles constricteurs de la glotte semblent microscopiquement moins atteints que le dilatateur, le crico-aryténoïdien postérieur ?

Grabower (1), dans une étude extrêmement importante sur la distribution et la terminaison des filets nerveux dans le larynx, arrive à cette conclusion que le muscle crico-aryténoïdien postérieur est de tous ceux qui sont innervés par le récurrent *le plus pauvre en fibres nerveuses*. Avec une patience et une ténacité auxquelles je tiens à rendre hommage, il a compté le nombre de fibribles nerveuses contenues dans chaque muscle du larynx humain ; ce nombre est, en moyenne, de 281 pour le muscle postérieur, de 680 pour les thyro-aryténoïdiens interne et externe, et de 881 si on leur ajoute le crico-aryténoïdien latéral. C'est cette différence notable entre le nombre d'éléments nerveux qui expliquerait, d'après Grabower, la vulnérabilité plus grande du muscle postérieur.

Je ne discuterai pas pour le moment jusqu'à quel point les recherches de Grabower peuvent nous faire comprendre pourquoi « dans tous *les cas de lésions organiques progressives des filets nerveux moteurs se rendant aux muscles du larynx, en supposant une structure anatomique normale les dilatateurs de la glotte sont les premiers atteints parmi les muscles auxquels se distribue le récurrent.* » Je ferai toutefois observer que la supériorité des constricteurs sur le dilatateur a été admise depuis longtemps ; c'est en me basant sur la différence de potentiel entre les deux groupes antagonistes, sur l'infériorité dynamique des fibres nerveuses dilatatrices sur les fibres constrictives, que j'ai même pu expliquer le mécanisme du jeu des cordes vocales en cas de lésions récurrentielles (2). Les nouvelles recherches de Grabower viennent apporter un appui sérieux à mes vues théoriques.

Je dois cependant avouer que nos connaissances plus exactes de la distribution des fibres nerveuses récurrentielles dans le larynx, n'expliquent pas, à mon avis, la prédomi-

(1) *Grabower*. (Archiv für Laryng. und Rhin. Bd. XVI, Heft 2, 1904).

(2) *Broeckaert* : loc. cit. p. 151 et suivantes.

nance des *altérations dégénératives* dans le muscle postérieur. Elles nous permettent uniquement de comprendre qu'en cas de *parésie progressive* du nerf il arrive un moment où le muscle postérieur n'a plus l'énergie voulue pour déplacer la corde vocale, alors que les trois muscles antagonistes, aidés par l'ary-aryténoïdien et le crico-thyroïdien, dont les filets moteurs sont restés intacts, sont encore capables d'amener la corde vers la ligne médiane. D'ailleurs, déjà Penzoldt cherchait dans le fait d'un inéquilibre morphologique la raison de fréquence des atteintes isolées du muscle postérieur ; seulement cette situation à part du dilatateur vis-à-vis de ses antagonistes n'a pas paru suffisante pour interpréter le phénomène pathologique. Il me semble qu'il en est encore de même aujourd'hui après les recherches nouvelles de Grabower, qui ne sont que la confirmation de la *prépondérance en force* du groupe adducteur.

Il importe également de faire remarquer qu'en cas de lésion purement nerveuse, les altérations musculaires ne se montrent pas avec l'intensité et les caractères que l'on rencontre dans le posticus, à la suite de paralysies récurrentielles. L'étude des modifications successives subies par les faisceaux musculaires, après section des nerfs, montre que les troubles régressifs consistent surtout en une *atrophie simple*. Cette atrophie ne se développe que lentement et, d'après mes propres recherches sur les muscles du larynx, le postérieur résiste particulièrement longtemps aux atteintes du conducteur récurrentiel.

Or, d'après les anatomo-pathologistes, ces changements qui, chez un animal, s'opèrent dans les muscles, séparés de leurs centres nutritifs par la section des nerfs qui s'y distribuent, ne diffèrent pas sensiblement de ceux que l'on observe dans toutes les atrophies d'origine nerveuses. « Ceux qui se passent dans les muscles de l'homme, à la suite d'un traumatisme ou de toute autre lésion des nerfs, sont en effet *identiques* (1). Quant à la marche de ces atrophies musculaires névropathiques, elle est essentiellement « *lente et progressive.*

(1) *Lancereaux*. Traité d'anatomie pathologique.

Il me paraît inutile de m'appesantir plus longuement sur ces faits qui nous amènent à rechercher ailleurs la cause des dégénérescences précoces et profondes du postérieur. Le dispositif anatomique complet du larynx et des organes connexes, l'étude anatomo-pathologique du cas que je viens de décrire permettront, je crois, de mettre une réponse heureuse au point d'interrogation qui continue à se poser.

Si nous étudions d'une manière générale la *pathogénie des altérations régressives* du muscle, nous voyons qu'à côté des *atrophies musculaires névropathiques*, il y en a qui succèdent à un désordre circulatoire et que l'on désigne sous le nom *d'atrophies angiopathiques*. « Cette atrophie, qui est l'effet d'un apport insuffisant de matériaux nutritifs par suite d'un désordre circulatoire consisterait toujours, d'après Lancereaux, à qui j'emprunte ces lignes, dans la diminution de volume des faisceaux musculaires primitifs, avec cette différence que ces faisceaux conservent moins longtemps leur striation que dans l'atrophie nevropathique et s'infiltrent plus rapidement de granulations moléculaires protéiques ou graisseuses ». Cette dernière remarque a une importance considérable, car elle indique que la nutrition insuffisante d'un muscle n'a pas uniquement pour conséquence l'atrophie, mais plutôt des processus variés de *dégénérescence*.

L'atrophie musculaire par trouble circulatoire ou *hypémie musculaire* est donc le fait d'un désordre caractérisé par la diminution de la quantité de sang qui circule normalement dans ce muscle. Au point de vue de sa genèse elle peut-être due soit à la *compression* des vaisseaux qui alimentent ces parties, soit à un *spasme vasculaire* lié à un trouble de l'innervation vaso-motrice.

Comme conséquence habituelle de ce trouble circulatoire on a la *thrombose artérielle* qui peut aller jusqu'à l'oblitération complète de l'artère. Cette formation de thrombus est d'ailleurs favorisée elle-même par toutes les causes de ralentissement de la circulation, qu'il s'agisse de rétrécissement ou de dilatation des vaisseaux.

Ce rapide coup d'œil jeté sur un coin du vaste champ de

l'anatomie pathologique, me permettra maintenant d'appliquer ces données générales à la question si obsédante des paralysies récurrentielles. Certes si l'on pouvait invoquer, à côté des lésions nerveuses, l'existence de troubles circulatoires dans le domaine du posticus, l'interprêtation des phénomènes morbides aurait l'avantage sur toutes les autres théories d'être beaucoup plus séduisante et plus en rapport avec les données actuelles de la neuropathologie. Car, il ne faut pas l'oublier, la plupart du temps, les observateurs qui ont signalé dans la littérature des cas de paralysies récurrentielles suivis d'examen microscopique, ont mentionné les *dégénérescences profondes* du crico-aryténoïdien postérieur.

La première question qui se pose est la suivante : l'oblitération partielle des vaisseaux nourriciers du crico-aryténoïdien postérieur, avec ou sans lésion du récurrent, est-elle suivie rapidement d'atrophie et de dégénérescence ? Malheureusement, c'est là un point d'interrogation auquel il est très malaisé de répondre avec preuves à l'appui. Je n'entrevois guère la possibilité de déterminer, chez l'animal, une sténose ou une oblitération complète des seules branches artérielles destinées au postérieur. J'ai pensé néanmoins qu'il aurait été très intéressant de produire des troubles circulatoires dans une moitié du larynx et de provoquer ainsi de l'atophie et de la dégénérescence dans les muscles.

Pour arriver à ce but, j'ai lié chez un certain nombre de lapins, la carotide commune à environ deux centimètres au-dessous de l'énergence de l'artère thyroïdienne qui donne la laryngée inférieure ; deux ligatures ont été mises l'une sur la carotide interne, l'autre sur la carotide externe immédiatement au-dessus de l'artère laryngée supérieure. De la paraffine fondue fut ensuite injectée dans le tronc de l'artère de manière à remplir, jusque dans les branches collatérales, les vaisseaux qui se rendent au corps thyroïde et au larynx. Les animaux qui survécurent à l'opération furent tués après trois semaines et leurs larynx furent soigneusement excisés, durcis dans la liqueur de Flemming et mis en coupes sériées.

Dans une première série d'expériences je me suis contenté

d'oblitérer les artères laryngées en y injectant de la paraffine. Quelques-unes de ces expériences ont donné un résultat superbe : c'est quand la paraffine avait pénétré suffisamment loin dans les branches collatérales, tout en permettant encore un certain afflux de sang dans le système capillaire grâce aux anastomoses avec les artères du côté opposé. D'autres fois la paraffine allait se loger par les larges voies anastomotiques jusque dans l'autre carotide et dans ces cas l'animal succombait rapidement à l'anémie cérébrale.

Dans une seconde série d'expériences, l'obstruction des artères fut combinée avec la section du nerf laryngé inférieur, d'autres fois avec la section des nerfs laryngés supérieur, inférieur et moyen.

Enfin dans une dernière série d'expériences les deux artères qui se rendent au larynx furent simplement liées.

Je n'ai pas l'intention dans le présent travail de décrire toutes ces expériences dont quelques-unes seront relatées longuement dans le mémoire que je prépare sur le *sympathique cervical*. Je me contenterai ici de signaler certains résultats que je considère comme particulièrement heureux et capables d'apporter un appoint à la solution du problème encore en suspens.

Si l'on examine, à un faible grossissement, une des coupes d'un larynx appartenant à la première série, on est de suite frappé de la diminution de volume des muscles dans toute la moitié de l'organe. Un simple coup d'œil sur ces préparations suffit pour se convaincre des modifications qu'ont subies ces muscles : non seulement les thyro-aryténoïdien interne et externe, mais au même degré le crico-aryténoïdien postérieur sont amincis et réduits à des lames d'une faible épaisseur comparativement à ceux du côté sain. Déjà, à l'examen macroscopique du larynx, l'un des postici m'avait frappé par son aspect terne et sa coloration pâle.

Quand on examine ces préparations à un fort grossissement on y remarque plusieurs particularités dignes d'être relatées.

De place en place on trouve des petites hémorragies interstitielles siégeant surtout au voisinage des capillaires sanguins; en dehors de la zone musculaire apparaît même un infarctus

hémorragique. Dans un certain point de la coupe on distingue un vaisseau artériel qui est le siège d'un *thrombus :* les cellules endothéliales y ont disparu.

L'étude des faisceaux musculaires y montre tous les degrés de l'atrophie simple. Dans les régions voisines de l'épithélium on constate une active prolifération atrophique du noyau du sarcolemme, avec disparition progressive des fibres. Ça et là la substance musculaire parait résorbée et les noyaux sont, par ce fait, rapprochés les uns des autres.

Un grand nombre de faisceaux, appartenant aux muscles thyro-aryténoïdiens offrent un semis de *fines granulations*, indice de la désagrégation du protoplasme. Ailleurs on aperçoit des fibres dans lesquelles la substance musculaire est interrompue de distance en distance et la gaîne du sarcolemme revenue sur elle-même.

Tous les éléments ne sont pas également altérés et il en est qui paraissent à peu près sains ; les modifications sont en effet inégalement réparties, car les endroits où les stries ont disparu et où les fibres sont gonflées alternent avec d'autres beaucoup mieux conservés. Si l'on compare toutefois le diamètre des faisceaux musculaires du côté malade avec celui du côté opposé, on acquiert la conviction que les dimensions en sont fortement réduites.

Des altérations régressives analogues se retrouvent dans le crico-aryténoïdien postérieur. Ici les muscles ont été pour la plupart sectionnés transversalement : les fibres ont perdu leur forme hexagonale et affectent les formes les plus variées ; elles sont plus amincies, moins coloriées. Les faisceaux sont séparés par un tissu jeune, riche en élément cellulaires. La désagrégation de la substance musculaire y est très manifeste et plusieurs fibres semblent remplies de granulations ou gouttelettes très apparentes.

En résumé, l'étude histologique permet d'affirmer que *déjà après trois semaines*, tous les muscles de la moitié du larynx ont subi des modifications régressives très apparentes qui ont réduit les muscles à environ le tiers de leurs dimensions normales. S'il est vrai que ces altérations consistent surtout en une atrophie simple, on ne saurait nier la superposition précoce de phénomènes de *dégénérescence*.

Il résulte de ces recherches que l'apport insuffisant de matériaux nutritifs aux muscles du larynx, par suite d'oblitération des principaux troncs artériels, détermine rapidement de l'atrophie des faisceaux avec infiltration de granulations moléculaires. D'autre part, comme la section des nerfs laryngés n'est guère suivie de troubles atrophiques que dans le seul muscle thyro-aryténoïdien externe, on est en droit de se demander si, dans tous les cas où les recherches microscopiques ont démontré des lésions atrophiques et dégénératives précoces des muscles intralaryngés, ces altérations ne sont pas seulement névropathiques mais également l'expression d'un trouble nutritif d'origine vasculaire. J'irai même plus loin et je poserai cette question : *la prédominance des altérations atrophiques et dégénératives si fréquemment observées dans le domaine du crico-aryténoïdien postérieur, en cas de lésion récurrentielle d'origine périphérique, ne pourrait-elle dépendre de l'existence de troubles circulatoires ?*

Pour répondre à cette question, il importe de rechercher les *causes de perturbation nutritive* que pourrait subir le muscle postérieur : ces causes, nous l'avons vu, consistent ou bien dans un certain degré *d'obstruction artérielle*, ou bien dans des désordres dus aux *vaso-moteurs*.

Etablissons tous d'abord les notions anatomiques sur la *distribution artérielle* dans le crico-aryténoïdien postérieur. L'étude que j'ai publiée sur les *artères du larynx* et les nombreuses pièces que je possède encore sur cette question rendront cette tâche bien facile. Je dois cependant faire remarquer que la disposition des artères du muscle postérieur telle que je l'ai décrite comme appartenant au type normal, ne se retrouve pas avec un maximum de fréquence *chez l'adulte*. Si l'on examine le territoire vasculaire de ce muscle chez l'enfant ou à l'état fœtal, ces artères du crico-aryténoïdien postérieur semblent naître le plus souvent de l'artère laryngée supérieure, et l'anastomose entre cette artère et la thyroïdienne inférieure paraît elle-même comme la continuation du tronc principal.

Si l'on étudie spécialement les artères sur le larynx provenant d'adultes, on constate que la circulation primitive

s'est renversée au bénéfice des collatérales provenant de la thyroïdienne inférieure. On peut donc admettre avec les classiques que chez l'adulte le *crico-aryténoïdien postérieur* est nourri par un rameau assez important qui naît de *l'artère thyroïdienne inférieure* et qui monte verticalement à côté du nerf récurrent en arrière de l'articulation crico-thyroïdienne, pour se partager en deux branches dont l'une se perd dans les muscles crico-aryténoïdien postérieur et aryténoïdien tandis que l'autre, plus grêle, s'anastomose avec la laryngée supérieure. C'est cette artère que j'ai désignée avec Poirier sous le nom d'*artère laryngée postérieure* (art. laryngée inférieure de Luschka). Tel paraît être le type circulatoire le plus fréquent chez l'adulte.

D'autre fois la thyroïdienne inférieure fournit au muscle postérieur deux petites *branches ascendantes* qui se dispersent en un bouquet épanoui à la surface du muscle et s'anastomosent l'une avec la branche terminale antérieure, l'autre avec la branche postérieure de la laryngée supérieure.

Plus exceptionnellement on retrouve la conservation du type primitif, c'est-à-dire que le postérieur semble irrigué par la branche terminale de la laryngée supérieure et par la branche anastomotique qui relie cette artère à la thyroïdienne inférieure. Cette anastomose peut ne pas abandonner de branches musculaires.

Si je consulte maintenant mon travail pour être renseigné au sujet du territoire vasculaire des muscles adducteurs, j'y note que le *crico-aryténoïdien latéral* relève principalement de la branche antérieure de la laryngée supérieure ainsi que de l'artère crico-thyroïdienne; que le *thyro-aryténoïdien externe* et le *thyro-aryténoïdien interne* reçoivent des rameaux de la laryngée supérieure, alors que le muscle vocal reçoit encore une branche supplémentaire, la *sous-ligamenteuse*, qui provient de l'artère crico-thyroïdienne.

Je me résume. D'une manière générale le muscle postérieur est nourri par la branche supérieure de l'artère thyroïdienne inférieure, qui nait de la *sous-clavière*. Quant aux muscles adducteurs ils reçoivent leur sang d'une part de la laryngée supérieure, qui provient de la thyroïdienne *supérieure*, collatérale de la *carotide externe*, d'autre part de

l'artère crico-thyroïdienne qui s'anastomose en anse, sur la ligne médiane, avec celle du côté opposé.

Il est possible, matériellement, de concevoir une diminution persistante de la nutrition locale du muscle postérieur par une sténose, voire une oblitération complète des artères provenant de la thyroïdienne inférieure. Bien qu'on ne puisse avoir une anémie complète du muscle, par suite de l'existence toujours possible d'une circulation collatérale, je le répète, des perturbations dans la circulation artérielle sont parfaitement réalisables du moins dans la généralité des cas.

Il n'en paraît pas de même pour les autres muscles intrinsèques du larynx, où l'on est étonné de la grande richesse des anastomoses, parmi lesquelles la crico-thyroïdienne semble jouer le rôle prépondérant.

Il me reste à envisager maintenant les *filets vaso-moteurs* qui arrivent au larynx et qui pourraient déterminer soit une dilatation des vaisseanx avec ralentissement de la circulation, soit un spasme vasculaire d'où une *anémie névropathique*.

Je me contenterai de résumer nos connaissances actuelles sur cette question et de rappeler que les fibres sympathiques destinées aux parois des artères laryngées proviennent les unes du *plexus inter carotidien*, formé des branches vasculaires qui naissent du ganglion cervical supérieur, les autres du *plexus thyroïdien inférieur*, constitué par des branches supérieures du ganglion cervical inférieur, auxquelles s'ajoutent généralement quelques branches du ganglion cervical moyen.

C'est du plexus inter-carotidien, qui s'étale autour de l'origine des carotides interne et externe, que naissent les fibres qui embrassent l'artère thyroïdienne supérieure et dont quelques rameaux pénètrent le long des artères laryngées supérieure et moyenne jusque dans le larynx.

Quant aux filets vasculaires destinés à l'artère laryngée postérieure et aux vaisseaux artériels spécialement destinés au muscle postérieur, ils proviennent soit du ganglion cervical inférieur, soit du ganglion cervical inférieur et moyen, très profondément situés à la base du cou et cachés presque

entièrement par l'artère sous-clavière. Ces filets arrivent aux artères du postérieur en suivant l'artère thyroïdienne inférieure et ses branches collatérales.

L'origine toute différente de ces deux sources de fibres vaso-motrices nous permet de comprendre leur atteinte isolée ; il suffit de se représenter leur parcours entièrement indépendant pour voir que cette hypothèse n'a rien de paradoxal.

Ces notions anatomiques étant bien établies, il s'agit de démontrer que les causes susceptibles de porter atteinte au récurrent dans son trajet périphérique, peuvent amener également des troubles circulatoires dans le domaine du crico-aryténoïdien postérieur. Je ne ferai pas ici de toutes ces causes une étude détaillée, mais je rappellerai que les productions cancéreuses constituent probablement le facteur le plus prépondérant. Quelquefois la tumeur primitive sera seule en jeu ; le plus souvent c'est par l'intermédiaire de la dégénérescence secondaire des ganglions lymphatiques que la compression du nerf se réalise. Mais pourquoi les vaisseaux et les nerfs vasculaires seraient-ils en dehors des atteintes de l'action nocive de ces masses logées au voisinage des vaisseaux artériels, plus spécialement au contact des artères sous-clavières et de ses collatérales ?

« Les ganglions du cou ou du médiastin, dit Letulle dans son *traité d'anatomie pathologique*, y déterminent fréquemment, grâce à la sclérose périganglionnaire qui en découle, diverses *lésions traumatiques des parois vasculaires*. Plusieurs observations *d'artérite thrombosique*, notamment de l'artère sous-clavière, se rattachent à ce mode pathogénique.

« En cas d'adénite cancéreuse, les organes adjacents aux ganglions sont eux-mêmes atteints plus ou moins tôt d'une inflammation chronique à la fois *fibroïde* et *néoplasique*. Les vaisseaux sanguins, contre lesquels, à l'état normal, tant de ganglions s'accolent dans leur trajet profond à la région cervicale, s'infiltrent peu à peu, de dehors en dedans, puis se thrombosent.

Une autre cause fréquente d'atteinte récurrentielle est la compression périphérique que peut réaliser *l'anévrisme*

aortique : ici les altérations vasculaires sont connues depuis longtemps et dans la plupart des cas on a retrouvé l'existence de *lésions athéromateuses*, siégeant notamment à l'orifice des artères sous-clavières. L'oblitération par *thrombose* des gros vaisseaux, surtout de ceux qui naissent sur le sac ou à proximité, est d'ailleurs plus commune qu'on ne le soupçonne et complique souvent les anévrismes de la crosse de l'aorte.

Ces anévrismes produisent également, avec une fréquence relativement grande, la *compression du tronc du sympathique* ou de quelques-uns de ses rameaux.

C'est ainsi que Fr. Franck (1) attribue l'amplitude exagérée du pouls du côté de l'anévrisme, du *pouls paradoxal*, à une paralysie vaso-motrice due à la compression des filets sympathiques, venant du ganglion cervical inférieur et du premier ganglion dorsal, par la tumeur anévrismale. Il a constaté, en effet, en même temps le rétrécissement de la fente palpébrale du côté malade et le myosis de la pupille.

D'Espine, de Genève, dans la *Revue de Médecine*, 1902, cite un cas où, au contraire, la pupille gauche du même côté que l'anévrisme était plus étroite.

Les *troubles oculo-pupillaires*, surtout l'inégalité pupillaire, ont du reste une valeur réelle au point de vue du diagnostic des anévrismes et tiennent une place importante dans l'histoire clinique de ces affections. Tous ces troubles sont attribués, depuis les recherches anatomiques de Claude Bernard, à des compressions du grand sympathique, soit directes, soit par l'intermédiaire de ses anastomoses.

En principe donc, les mêmes lésions qui frappent le récurrent doivent nécessairement, dans un grand nombre de cas, amener des perturbations nutritives dans le muscle postérieur, qui reçoit le sang par l'intermédiaire de *l'artère thyroïdienne inférieure* et dont les filets vasculaires proviennent du *plexus thyroïdien inférieur*. C'est par la compression mécanique exercée sur ces organes par des masses lymphatiques chroniquement dégénérées, par des ganglions tuberculeux, syphilitiques ou cancéreux, par des tumeurs thyroïdiennes, ou anévrismales, que je m'explique cette fré-

(1) Cité par HAU : « Anévrismes latents de la crosse de l'aorte. » Lyon, 1903

quence des troubles régressifs dans le territoire tout spécial du muscle abducteur.

Si les vaisseaux et les filets sympathiques destinés à ce muscle sont menacés sur tout leur trajet par *l'amas ganglionnaire* décrit sous le nom de groupe *pré-trachéo-bronchique*, par les affections multiples de l'œsophage et du corps thyroïde, par les tumeurs médiastinales, par contre les artères et les vaso-moteurs qui se rendent aux thyro-aryténoïdiens, au crico-latéral et à l'appareil musculaire de l'épiglotte ne rencontrent guère de dangers pathologiques. C'est cette disposition anatomique toute particulière qui me paraît fournir l'explication recherchée, c'est elle qui nous en donne la clef.

Pour résoudre définitivement le problème, il faudrait maintenant confirmer ces données expérimentales et théoriques par l'étude approfondie d'un certain nombre de cas de paralysies récurrentielles.

Déjà, dès à présent, la clinique m'a fourni une première preuve des nouvelles théories que je viens de développer. Dans le cas que j'ai rapportés dans ce mémoire, l'artère laryngée postérieure était emprisonnée avec le récurrent dans un ganglion dégénéré qui lentement les avait comprimés et altérés. L'artère, comme je l'ai fait remarquer, était devenue le siège d'une inflammation chronique sténosante, qui devait fatalement avoir pour conséquence des perturbations nutritives dans un muscle déjà frappé d'inactivité par suite de lésion nerveuse.

Dans un autre cas, que j'ai rapporté il y a deux ans, les gros vaisseaux eux-mêmes étaient englobés dans la masse cancéreuse d'une tumeur thyroïdienne : ici également l'artère destinée au postérieur était atteinte, à un degré très avancé, d'endartérite chronique, comme cela résulte d'un examen que j'ai pu faire de la pièce conservée dans l'alcool.

Qu'on me permette enfin d'attirer l'attention sur la planche qui illustre un travail de Semon (1) « sur un cas de paralysie bilatérale des abducteurs due à une tumeur maligne du corps

(1) Reprinted from : « Transactions of the Pathological Society of London » for 1882.

thyroïde. » Comme on peut en juger par le dessin, les deux lobes de la glande hypertrophiée sont étroitement appliqués sur la surface trachéale, et il serait bien étonnant qu'au milieu de ces adhérences, de ces épaississements pathologiques les vaisseaux n'aient subi, de ce chef, des lésions même profondes.

Comme on le voit, ce n'est plus une simple hypothèse que j'ai émise, mais une théorie qui est basée sur les lois fondamentales de l'anatomie pathologique. Aux recherches ultérieures de fournir de nouvelles preuves et de décider quelle part exacte revient aux altérations vasculaires dans la pathogénie des lésions récurrentielles.

Présentation de sondes exploratrices pour le toucher médiat du pharynx supérieur

Par le Dr A. COURTADE

Depuis longtemps déjà, j'ai substitué au toucher digital pour l'exploration du pharynx supérieur, le toucher médiat à l'aide d'instruments appropriés. Je ne ferai que rappeler l'impossibilité de pratiquer le toucher direct chez les très jeunes enfants, l'insuffisance du doigt pour atteindre un cavum d'adulte ou même d'adolescent, pour peu que le doigt soit court, comme c'est mon cas, la difficulté sinon l'impossibilité d'explorer l'étendue du pharynx avec le même index, enfin les risques de morsure pour démontrer l'utilité, dans bien des cas, d'avoir recours au toucher indirect ou médiat.

Les sondes que j'ai fait faire, au nombre de cinq, variables de diamètre et de coudure, peuvent s'adapter à tous les cas où le toucher du pharynx est indiqué. Grâce à elles j'ai pu explorer des pharynx d'enfants âgé de 6 semaines et d'adultes avec la même facilité.

L'antisepsie en est plus facile et plus rapide que celle du

doigt ; l'instrument, de petit diamètre et toujours assez long, s'introduit facilement, n'exerce pas de traction sur le voile et permet de parcourir toute l'étendue du cavum dans une même exploration.

Par des allées et venues de droite à gauche pourvu qu'on emploie une grande légèreté de main, on perçoit les moindres saillies ou enfoncements de la voûte pharyngienne.

Au début, je contrôlais avec le doigt les renseignements obtenus avec la sonde et je les trouvai concordants ; actuellement, avec l'expérience que j'ai acquise, je m'en tiens au toucher médiat.

La tête de l'enfant doit naturellement être maintenue fixe par un aide ; j'ai soin de montrer au patient l'instrument dont je vais me servir pour qu'il constate que la sonde ne pique pas et ne coupe pas et qu'il ne s'agit donc pas de pratiquer une opération ; en dehors de très jeunes enfants, je trouve très peu d'indociles ; la plupart même, se prêtent volontiers à de nouvelles explorations, quand cela est nécessaire.

Il arrive parfois, mais assez rarement, que l'enfant est pris d'un état nauséeux permanent et d'une contraction énergique du pharynx qui immobilise la sonde ou au moins lui enlève sa liberté d'action ; dans ces cas, si on n'a pas obtenu un résultat précis, il faut recommencer l'exploration un autre jour.

Les sondes peuvent être fixées à un même manche à écrou conique ce qui les rend moitié moins longues, ou bien avoir chacune leur manche ce qui les rend moins portatives en raison de leur longueur.

M. Saint-Hilaire a employé, depuis longtemps, le porte-coton pour le toucher du pharynx.

MM. Castex et Ménière félicitent M. Courtade de l'idée et de la réalisation de ces sondes exploratrices.

La séance clinique aura lieu chez M. Castex, 10, rue Racine, dans la matinée du Vendredi 24 Février.



Séance du 24 Février 1905

Réunion à la clinique du Dr Castex.
Présidence du Dr Furet.

Présents : MM. Gellé fils, Câstex, Didsbury, Mounier. Cauzard, Suarez de Mendoza, Furet, Fournié, Courtade, Georges Laurens, Depierris, Cousteau, Mahu, Aysaguer, C.-J. Koënig.

L'ordre du jour appelle la présentation d'une nouvelle seringue à injecter la paraffine à froid.

Seringue pour injections de paraffine à froid

Par le Dr MAHU

Le traitement du coryza chronique ozénateux par les injections sous-muqueuses de paraffine, préconisé par Moure et Brindel en 1902, a donné des résultats satisfaisants entre les mains de la plupart des médecins qui l'ont expérimenté.

Depuis plus de deux ans M. Lermoyez et moi avons régulièrement appliqué cette thérapeutique à un grand nombre d'ozéneux venus à la consultation oto-rhino-laryngologique de l'hôpital Saint-Antoine.

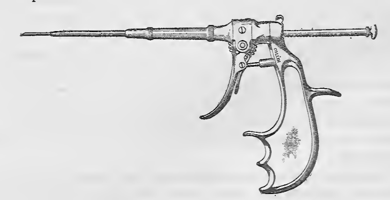
Mais, aussi longtemps que fut employée la méthode telle qu'elle avait été instituée par ses auteurs et consistant à injecter à chaud, sous la muqueuse des cornets, de la paraffine liquide. je dois à la vérité de dire que, malgré les quelques succès obtenus lorsque nous avons bien possédé le manuel opératoire. nous n'avions pas encore osé en généraliser l'emploi, et cela pour deux raisons principales : les accidents graves publiés par certains confrères et la longueur relative ainsi que la minutie des préparatifs avant l'injection.

Pour parer à ces inconvénients, des seringues pour injections de paraffine à froid furent inventées en 1903 par

Harmon Smith et Grégory Connell, en Amérique et reproduites peu après, avec des variantes en Allemagne, en Autriche et en France par différents auteurs. Mais avec tous ces instruments, construits sur le modèle de la seringue à écrou de Guyon et nécessitant l'emploi des deux mains, la technique restait difficile.

Ce n'est qu'en août 1904, époque à laquelle Broeckaert présenta au Congrès de Bordeaux et décrivit dans la *Presse Médicale*, le 30 novembre suivant, une seringue pour des injections de paraffine solide — appareil pouvant être actionné d'une seule main sous le contrôle de la vue, tandis que l'autre maintient le spéculum — que nous avons entrevu immédiatement le côté pratique de la méthode, employée par nous depuis lors sans restriction ; et je suis heureux d'ajouter que, bien que nous n'ayons pas obtenu, à vrai dire, de guérisons absolues de la rhinite atrophique, nous avons tout au moins constaté, dans un grand nombre de cas, la diminution très notable des deux symptômes les plus gênants de cette affection : la pharyngite sèche et l'ozène.

Toutefois, après avoir employé pendant quelque temps la seringue de Broeckaert, je constatai que cet appareil présentait quelques imperfections, entre autres l'irrégularité du fonctionnement au bout d'un certain temps, la difficulté pour l'opérateur de le tenir solidement en main, et le déplacement de l'extrémité libre de l'aiguille à chaque coup de piston. Aussi m'appliquai-je à étudier un appareil que je crois plus fixe, plus facilement maniable et dont voici la description :



L'ensemble de cette seringue, construite par Collin, à la forme d'un pistolet et fonctionne de même. Elle se compose par suite de trois parties : la crosse, la culasse et le canon, pièces fixées les unes au bout des autres au moyen de pas de vis et que l'on peut démonter à volonté pour la charge et la désinfection.

La gâchette du pistolet est un bras de levier qui, par l'intermédiaire d'un cliquet, commande une roue à rochet accolée à un petit pignon, lequel engrène sur les dents d'une crémaillére mobile située dans l'axe commun de la culasse et du canon. L'extrémité antérieure, cylindrique, de la tige de cette crémaillière, glisse à frottement dur dans la culasse et constitue le piston de la seringue.

A chaque déplacement d'avant en arrière de la gâchette correspond une rotation d'un certain angle du pignon et, par suite, la pénétration du piston dans le corps de la seringue.

Charge de l'appareil. — La seringue se charge au moyen de véritabtes cartouches cylindriques de paraffine stérilisée, contenue dans des tubes de verre de même calibre intérieur que le corps de la seringue.

La paraffine spéciale employée doit être fusible à 45° environ, et suffisamment cassante pour ne pas former à sa sortie par l'extrémité de l'aiguille un long *ver* blanc d'une trop grande consistance. L'aiguille et le corps de la seringue préalablement stérilisés et refroidis, on maintient à l'aide du pouce et de l'index, de la main gauche, exactement juxtaposés orifice contre orifice, un tube de paraffine et le corps de seringue ; puis, de la main droite, on pousse la paraffine du tube dans la culasse à l'aide d'un mandrin métallique *ad hoc* également stérilisé.

Parfois, en hiver surtout, il est difficile de chasser la paraffine qui adhère aux parois du tube de verre. On remédie à cet inconvénient, soit en passant rapidement le tube dans une flamme, en le plongeant un instant dans l'eau chaude, ou en le réchauffant quelque temps dans la main.

La charge faite, visser l'aiguille sur le corps de seringue, puis l'ensemble sur la crosse, en ayant soin d'éviter tout contact avec les parties stérilisées.

Avant de visser l'ensemble du corps de l'aiguille sur la crosse, tirer en arrière le piston-crémaillère de la façon suivante :

Chasser de gauche à droite le ressort-cliquet de sa position rectiligne en le poussant par la petite oreillette supérieure.

De la main gauche faire basculer d'arrière en avant le grand bras de levier du cliquet de la roue à rochet de manière à le maintenir appliqué contre la gâchette ;

De la main droite, tirer en arrière jusqu'au bout de sa course la tige du piston ; puis ramener le ressort-cliquet supérieur dans sa position rectiligne et lâcher le bras de levier du cliquet inférieur qui revient de lui même dans sa position.

Fonctionnement de l'appareil. — Tenir la crosse de la main droite à la façon d'un pistolet, mais en repliant seulement l'annulaire et l'auriculaire sur la partie antérieure de la crosse dans l'emplacement destiné à cet effet, l'index et le médius étant appliqués sur la gâchette.

Faire pression, à l'aide de ces deux derniers doigts, pour ramener la gâchette complètement en arrière. sans secousse, puis la laisser reprendre d'elle-même sa position de repos.

Répéter alternativement ces deux mouvements autant qu'il est besoin, comme si l'on faisait fonctionner un revolver. On ne sentira tout d'abord aucune résistance, la seringue fonctionnant à vide tant que la paraffine n'a pas été poussée jusque dans la partie la plus rétrécie de l'aiguille. A ce moment on a à vaincre une résistance plus ou moins grande pour faire sortir la paraffine : si la résistance est trop considérable (en hiver surtout), passer rapidement l'aiguille dans une flamme ou dans l'eau chaude, ou la conserver quelques instants serrée dans la main.

Manuel opératoire. — Après avoir débarrassé la fosse nasale des croûtes et des sécrétions purulentes et avoir cocaïnisé les malades pusillanimes, tenant en place de la main gauche le spéculum nasi, enfoncer d'un coup sec, sous le contrôle de la vue, la pointe de l'aiguille sous la muqueuse et la faire pénétrer de 3 ou 4 millimètres, l'ouverture du biseau tournée du côté libre.

Pousser ensuite l'injection doucement. Les bruits du cliquet indiqueront l'avancement du piston et, par suite, la quantité proportionnelle de paraffine pénétrant dans les tissus.

Il est difficile d'indiquer la quantité approximative de produit à injecter à chaque fois; elle dépend de la tolérance de la muqueuse, c'est-à-dire qu'elle est inversement proportionnelle à son degré d'atrophie.

Les injections faites sur les cornets, sur la cloison et même sur le plancher, en commençant par les plus profondes, sont espacés généralement à huit jours d'intervalle.

Peu à peu, parallèlement à l'amélioration constatée, on diminue le nombre des lavages, et, dans les cas favorables, on arrive à les supprimer tout à fait après une série plus ou moins longue d'injections.

En somme il nous semble qu'en utilisant l'instrument simple et facile à manier que nous venons de décrire, la technique des injections de paraffine à froid devient à la portée de tous et l'on peut dire que ce procédé constitue actuellement le traitement spécifique de l'ozène.

Les injections de paraffine à froid présentent sur les injections faites à chaud de tels avantages, tant au point de vue de la simplicité que de l'innocuité, que nous nous sommes demandé, avec beaucoup d'autres expérimentateurs, s'il n'y avait pas lieu d'appliquer ce procédé à la prothèse externe.

Les expériences que nous avons faites nous ont démontré qu'il n'en était pas toujours ainsi.

En effet, lorsqu'il s'agit de restaurer certaines parties de la face et, en particulier, des arêtes plus ou moins vives, telles que celles du nez ou des rebords orbitaires, on arrivera beaucoup plus facilement à un bon résultat en employant la paraffine à chaud qui, prenant à volonté la forme imposée, conserve intégralement cette forme en passant brusquement de l'état liquide à l'état solide, qu'en injectant la paraffine à froid, laquelle, d'autre part, restant à demi-solide pendant un temps beaucoup plus long, résiste mal à la pression exercée sur elle par les tissus, et finit par se laisser déformer.

Aussi, d'une manière générale, sommes-nous d'avis de

réserver pour le moment les injections de paraffine à froid pour combler certaines pertes de substance dont la forme n'est pas d'un dessin trop délicat (dépressions après trépanation du sinus frontal, obturation de l'orifice rétro-auriculaire persistant après cure radicale etc.) et surtout pour le traitement de l'ozène.

M. Suarez de Mendoza demande en quoi cet instrument diffère de la seringue de Lagarde.

M. Mahu répond qu'avec une seule main on manœuvre aisément son appareil, tandis qu'avec l'instrument de Lagarde il faut deux mains.

La paraffine employée est spéciale et préparée chez Yvon. Elle s'émiette au sortir de l'aiguille et se casse de façon à rester dans le tissu injecté. D'autres échantillons dont M. Mahu fait la démonstration ont l'inconvénient principal de constituer un filament trop résistant qui sort des tissus d'un seul morceau, quand on retire l'aiguille, ce qui est un vice redhibitoire dans l'espèce.

M. Suarez de Mendoza présente un malade, homme, atteint d'une lésion laryngée, qui avait toute l'apparence clinique d'un cancer. La syphilis étant formellement niée — le traitement spécifique, quand même prescrit, amena en peu de temps une amélioration extraordinaire.

M. Mahu. — Présentation d'une malade ayant subi deux opérations importantes dirigées contre une sinusite frontale double ayant récidivé en dépit de ces deux interventions.

Après une nouvelle opération de l'auteur, il fut trouvé une cavité indépendante suppurée développée dans la cloison intersinusale, non ouverte iusqu'alors et qui infectait le sinus. D'où l'explication des échecs opératoires antérieurs. La malade est actuellement guérie.

Discussion

M. Cauzard. — Je crois que la technique de Killian mettra dorénavant à l'abri de ces complications, puisque par

ce procédé on détruit toute la région naso-fronto-ethmoïdale; c'est un avantage que donne le procédé de Killian, sur ceux de Luc-Kuhnt.

M. Castex. — J'ai eu à opérér un cas analogue. Une femme d'une quarantaine d'années, à la suite de la grippe eut une sinusite frontale droite suppurée. J'en pratiquai la cure radicale avec drainage par le canal fronto-nasal. Guérison. Deux mois après, nouveaux symptômes. Je rouvris le sinus; il était aseptique, mais en cherchant en dedans, je trouvai une cellule indépendante, pleine de pus, qui ne paraissait pas ethmoïdale et dont l'ouverture et le curettage assurèrent la guérison définitive.

Présentations de malades par le Dr Castex

1° — Un cas de laryngite bacillaire presque complètement guéri au moyen d'attouchements à l'acide lactique.

Ce malade, au début du traitement était complètement aphone et présentait des ulcérations sur les deux cordes vocales. A l'heure actuelle la voix est revenue en totalité.

2° — Récidive d'un angiome du voile du palais. — Au sujet du traitement de cette affection le Dr de Ponthière (de Charleroi) préconise les injections d'alcool à 60°.

3° Mlle X... présentant toutes les stigmates d'hérédo-syphilis, M. Castex a profité de ce cas pour étudier l'audition chez les malades de ce genre. Il résulte de cet examen que l'appareil auditif présente de la sclérose diffuse, surtout marquée du côté du labyrinthe.

4° A la suite d'un laryngo-typhus, on fut obligé de pratiquer la trachéotomie sur une jeune fille, complètement guérie actuellement. M. Castex voudrait la débarasser de sa canule et espère pouvoir y arriver, étant donné surtout que le larynx n'est pas affaissé Mais avant de faire une thyrotomie le Dr Castex a essayé deux séances de dilatation au moyen de tubes de Schroëtter. Aucune amélioration n'a été constatée, on n'a seulement remarqué après chaque essai, un flot de salive extrêmement abondant.

Le **Dr Courtade** fait ressortir les avantages de son dila-

tateur sur les tubes de Schroëtter, habituellement employés.

5° Un cas de tuberculose nasale de forme végétante.

6° M. S... a présenté les lésions laryngées suivantes : d'abord une localisation de la syphilis, puis de la tuberculose, en un mot un cas d'hybridité. Ce cas a son intérêt en ce sens que les lésions actuelles bacillaires l'emportent sur les lésions syphilitiques.

7° Le cas de la jeune C... présente un diagnostic difficile. Longtemps on s'est demandé si c'était de l'ozène, de ia rhinite atrophique ou de la rhinite purulente, On s'est arrêté finalement au diagnostic de rhinite scrofuleuse.

8° M. C... présente un cas de néoplasme des fosses nasales, pris au début pour un polype infecté.

9° Néoplasme de l'amygdale droite.

10° Cas intéressant de bacillose du voile du palais qui, au premier examen présentait tout à fait l'aspect de la granulie.

11° Néoplasme du larynx chez une femme. — Après des hésitations de diagnostic on conclut à de la bacillose. Un examen microscopique d'une parcelle de la tumeur enlevée par Castex, fut pratiqué par Rabé, qui conclut à un néoplasme à marche assez lente.

Ce cas de néoplasme mérite d'être signalé à cause de sa rareté, d'après le compte-rendu du Dr Cazel.

Présentation d'un malade par le Dr Cauzard

Malade âgé actuellement de 20 ans, atteint de fibromes naso-pharyngiens, récidivants.

De Décembre 1900 à Mai 1902, a été soigné par les petits moyens :

Cautérisations au galvano;
Prises à l'anse chaude;
Morcellement avec pinces à adénoïdes.

Mai 1902. — Première intervention sous chloroforme ; — Par la voie gingivo-buccale, il est enlevé un prolongement de la fosse temporale descendant jusqu'à la joue, au niveau de la boule de Bichat, en passant sous l'arcade zygomatique

Juin 1902. — Deuxième intervention sous chloroforme, —

On libère le cavum et la F. N. gauche, la F. N. droite est imparfaitement débouchée.

Mars 1903. — Le cavum est rempli d'un masse dure, arrondie, descendant jusqu'à la base de la luette; les deux fosses nasales sont obstruées entièrement ; la rhinoscopie antérieure permet de voir la tumeur se prolonger en avant dans les deux F. N., le moindre contact du stylet provoqne une épitaxis difficile à arrêter.

Avril. 1903. — Le malade accepte une troisième intervention que je propose. — Je l'opère avec l'instrumentation de Doyen et Escat, en position de Rose. Le cavum a été libéré, l'apophyse ptérygoïde à gauche est dénudée, on l'aperçoit dans la narine après avoir détruit le cornet moyen à droite. La perméabilité de la F. N. est de même rétablie, mais il reste un petit lambeau adhérent au voile du palais traité ensuite au galvano.

Malgré l'adrénaline et l'eau oxygénée, l'hémorragie a été formidable, mais assez promptement arrêtée par le tamponnement du cavum d'une part, des deux fosses nasales d'autre part.

En Mars 1904. — Nouvelle récidive.

J'ai réopéré ce malade assisté de mon ami le Dr Collinet, dans le service de mon maître le Dr Demoulin.

Nous avons libéré aussi bien que possible le cavum et la fosse nasale droite; mais l'hémorragie, trop abondante, nous a forcé d'arrêter l'intervention.

Au début de cette intervention, soupçonnant le sinus maxillaire de n'être pas indemne, j'ai fait par la fosse canine une trépanation exploratrice qui a été négative.

Depuis le milieu de novembre 1904, je traite ce malade par la galvanocaustie, soit au moyen de la rhinoscopie antérieure, soit au moyen de la rhinoscopie postérieure, par la voie rétro-palatine en me servant d'un cautère à deux pointes à double courbure.

Actuellement la F. N. gauche est obstruée par un prolongement sous-muqueux qui comble toute la choane gauche, faisant dévier la cloison à droite, tandis qu'il s'avance sur la paroi extérieure de la fosse nasale et qu'en arrière il remplit la moitié gauche du cavum.

A droite, la choane présente dans sa partie inférieure une masse plus ou moins arrondie, qui présente des adhérences avec la paroi latérale du cavum et le cornet inférieur ; elle est très facilement visible par la rhinoscopie postérieure.

La Société discute la question de l'envoi d'un délégué à Londres pour représenter la Société d'Oto-Rhino-Laryngologie de Paris, à l'occasion du centenaire de Garcia. le 17 mars.

Les auteurs de la proposition, MM. Cauzard et Didsbury, font remarquer à l'appui de cette proposition que la Société Française a désigné quatre délégués pour cette solennité.

Avant de passer au choix des délégues, la Société est d'avis de prendre part, à la souscription d'un portrait de Garcia.

La somme de cent francs est votée, que le trésorier Mounier est chargé d'envoyer au Secrétariat du Comité, à Londres.

La délégation envoyée à Londres réunie par les soins du Bureau comprenait les noms de MM. Furet, Lubet-Barbon et Mahu.



Séance du 7 Avril 1905

Présidence de M. FURET, Président

Présents : MM. F. Furet, Ménière, Mounier, Weismann, Le Marc'Hadour, A. Courtade, Georges-Laurens, Gellé fils, A. Castex, G. Didsbury, Saint-Hilaire, Cauzard, Fournié, Mahu.

Le procès-verbal de la séance du 13 janvier est lu et adopté sans observations.

M. Castex estime qu'à l'occasion de la venue à Paris des médecins anglais il serait bon qu'ils soient reçus en un banquet qui leur serait offert ; et, à ce propos, la Société Française pourrait s'entendre avec la Société Parisienne, de façon à ce que le bauquet fut offert à la fois par les deux Sociétés et présidé par leurs présidents respectifs.

M. Gellé est entièrement de cet avis et pense que l'entente des deux Sociétés sera des plus faciles étant donné que la plupart des membres de la Société Parisienne font en même temps partie de la Société Française.

M. Furet écrira donc une lettre à M. Castex, président en exercice, de la Société Française, au sujet de la conclusion de cette entente.

Après quelques observations échangées entre MM. Ménière, Saint-Hilaire, Castex et Gellé, dans lesquelles on ne voulait pas prévoir un échec de cette combinaison. M. Georges Laurens lit son travail sur l'application du vide dans les opérations sur le crâne et la face ou hémato-aspiration.

De l'Hémato-Aspiration en chirurgie oto-rhino-laryngologique

Par le Dr Georges LAURENS (1)

Une des principales complications de la technique opératoire en oto-rhino-larygologie réside dans la difficulté de

(1) Communication à l'Académie de Médecine, 12 avril 1905.

l'hémostase. Celle-ci tient à des causes multiples parmi lesquelles je citerai : 1° *la nature de la région* sur laquelle porte l'acte chirurgical, représentée tantôt par une *cavité osseuse*, petite, profonde, d'accès étroit, purulente ou fongueuse, à parois atteintes d'ostéite et par suite très vasculaires : tels par exemple, le rocher et les sinus de la face ; tantôt par des *muqueuses* (larynx et fosses nasales) dont la caractéristique est une extrême vascularisation ; 2° *la proximité des voies aériennes* dans lesquelles l'irruption du sang peut provoquer des accidents de la plus haute gravité.

Comme toutes nos opérations portent sur des tissus et des zônes de l'économie, éminemment hémorrhagipares, il y a donc un intérêt majeur pour le chirurgien, à se rendre maître de ces hémorrhagies, nullement graves à la vérité par leur abondance, mais dont la production incessante, en nappe, masque rapidement et d'une façon continuelle, la vue en profondeur et gêne considérablement la marche de l'intervention.

Nous disposons de trois procédés d'hémostase :

1° *préventive*, ou pré-opératoire ; 2° *temporaire*, au cours de l'acte chirurgical ; 3° *définitive*, c'est-à-dire consécutive à l'opération.

L'hémostase *pré-opératoire* est singulièrement facilitée par l'application de l'adrénaline dont la propriété vaso-constrictive remarquable permet d'obtenir une ischémie préalable souvent parfaite : je n'en veux pour preuve que son usage en chirurgie auriculaire, dans l'ablation des osselets par exemple, et en chirurgie endo-nasale. L'application de ce merveilleux produit permet de pratiquer des opérations presque « à blanc ». On peut curetter une oreille moyenne, amputer un cornet, reséquer une déviation avec un suintement sanguin réduit à sa plus simple expression.

L'hémostase *post-opératoire*, c'est-à-dire définitive peut être réalisée à l'aide de nombreux procédés, variables suivant les régions et dont la gamme des plus riches, commence à la simple cautérisation pour aboutir au tamponnement serré et complet. A ce propos, je ferai remarquer que je pratique, depuis quelque temps et avec succès, le tamponnement endo-nasal, non plus avec des mèches, mais avec des

ballons de caoutchouc distendus par une insufflation. Je n'insiste pas sur ces deux méthodes.

Je n'ai en vue que les procédés d'hémostase *temporaire*, qui permettent d'arrêter le sang pendant la durée de l'opération. Je fais abstraction des hémorrhagies artério-veineuses, justiciables de la forcipressure, pour ne retenir que l'écoulement qui provient des tranches cruentées ou du contenu cavitaire. Pour étancher le sang, nous employons un procédé commun et applicable à toute intervention : le tamponnement, réalisé à l'aide de gaze aseptique sèche ou imbibée d'un liquide vaso- constricteur tel que l'adrénaline ou l'eau oxygénée. Mais cette pratique offre l'inconvénient de ne produire qu'une hémostase toute temporaire, car aussitôt la mêche enlevée, le sang s'écoule à nouveau ; à chaque instant la gouge ou la curette doivent faire place à un tampon, il faut donc, maintes fois au cours d'une opération en particulier des interventions osseuses, répéter l'asséchage de la plaie. Dès l'ablation du tampon, il faut lutter de vitesse avec la gouge. De là une grande perte de temps et telle opération qui peut être faite en dix minutes exige une demi-heure d'hémostase.

Je recherchais depuis longtemps un procédé pratique, lorsque me vint l'idée d'appliquer à la chirurgie oto-rhinologique le principe du vacuum, utilisé par les chimistes pour l'essorage des précipités, par les médecins avec l'appareil Potain, par les urinaires dans l'endoscopie vésicale, par l'industrie dans la désinfection, par les dentistes avec la pompe à salive. On sait que dans les opérations endo-buccales ou dentaires un peu délicates, il est nécessaire d'obtenir du malade l'ouverture de la bouche pendant un temps plus ou moins long. Comme le patient ne peut exécuter aucun mouvement de déglutition pour avaler sa salive, l'opérateur l'évacue d'une façon continue, au fur et à mesure de sa production, au moyen de l'aspiration, c'est-à-dire par l'intermédiaire d'une canule spéciale à travers laquelle se fait le vide.

J'aspire donc le sang provenant d'une plaie, non avec un tampon de gaze, mais à l'aide du vide. Cette *hémato-aspiration* se fait, non d'une manière intermittente, mais d'une façon continue, au fur et à mesure que le sang s'écoule du

champ opératoire. Grâce à cette méthode, on peut opérer à blanc dans quelques cas, dans d'autres avec une étanchéité bien suffisante. Elle a été du reste mise en pratique dans la chirurgie générale par Morestin, ainsi que je l'ai constaté dans mes recherches bibliographiques, mais son application à l'oto-rhino-laryngologie n'a pas encore été faite.

Appareil. — L'appareil est des plus simples. Il est essentiellement constitué par un récipient en verre d'une capacité de dix litres, dans lequel je fais le vide au moyen d'une *trompe à eau* ajustée sur un robinet ordinaire. Il est nécessaire que cette trompe soit : 1° puissante, de façon à raréfier rapidement et d'une façon continue, l'air contenu dans le récipient ; 2° placée à une hauteur assez élevée du sol de façon à ce que la colonne d'eau mesure environ 1 m. 50 et que sa chute assure un vide presque instantané. On peut encore utiliser une pompe pneumatique actionnée par un moteur électrique dont j'étudie actuellement un modèle pratique.

Du récipient part un ajutage en caoutchouc relié par un têton à un manche auquel s'adaptent, par l'intermédiaire d'une articulation à baïonnette, des canules métalliques droites ou courbes, de calibre différent selon les régions, fines pour l'évidement pétro-mastoïdien, plus volumineuses pour les régions bucco-laryngées ; leur diamètre varie de deux millimètres à un centimètre. Elles présentent une longueur de 20 centimètres environ de façon à ce que la main de l'aide reste bien en dehors de la zone opératoire. Enfin, le manche présente un robinet qui permet d'établir ou d'interrompre la communication entre la canule et le récipient vacuum.

Technique. — On pratique d'abord le vide dans l'appareil : il est obtenu en quelques secondes. Un vide relatif suffit. Cela fait, dans un lot de canules préalablement stérilisées, on choisit celle appropriée à la région opératoire : mastoïde, sinus de la face, pharynx. On l'adapte au manche et dès ce moment, l'aide chargé de l'hémato-aspiration, place le bec de la canule dans la plaie, en suivant autant que possible, sans les entraver, les mouvements du chirurgien. Le vide se faisant sans interruption dans l'appareil, les liquides, pus

et sang sont aspirés et viennent se collecter dans le fond du récipient. On travaille en somme, *sous le vide.*

Pendant l'opération l'aide veillera à ce que la canule n'aspire uniquement que du sang et non des fragments osseux, des séquestres, des fongosités, qui pourraient obstruer la canule ou le tube aspirateur. Pour cela, il doit surveiller attentivement tous les mouvements des instruments, attendre que le chirurgien ait enlevé les copeaux osseux, les fongosités, soit avec la gouge soit avec la curette, pour faire l'hémato-aspiration. De temps en temps il semble que le vide se ralentisse et que l'aspiration soit insuffisante : le bruit caractéristique de la déglutition du liquide est moins bruyant. Ce trouble d'auscultation indique une obstruction canulo-tubaire, produite par un caillot. Pour supprimer l'obstacle, il suffit alors dans ce cas d'augmenter l'intensité de l'aspiration, c'est-à-dire du vide ; pour cela on interrompt la communication entre l'air extérieur et le récipient, en fermant le robinet placé sur le manche. Au bout d'une demi-minute environ, on ouvre le robinet et on voit les caillots et le sang fortement aspirés dans le bocal. Si la manœuvre échoue, on remplacera le tube.

Il est possible de faire le diagnostic du siège de l'obstruction, si l'on a soin d'employer un tube de caoutchouc présentant de distance en distance des indices en verre. D'autre part, j'étudie une disposition qui permettrait le branchement d'une colonne d'eau sur le tube aspirateur et par suite éviterait l'obstruction en entraînant les caillots mécaniquement. Enfin on peut, très simplement, donner au tube de caoutchouc reliant le récipient vacuum au manche porte-canules une longueur minimum, un mètre par exemple, de telle sorte que s'il se produit une obstruction rien n'est plus facile que de le remplacer.

Applications de l'hémato-aspiration aux différentes opérations Oto-Rhino-Laryngologiques

I. — *Opérations Mastoïdiennes.* — Pendant l'exécution des premiers temps : incision des téguments et rugination,

le procédé rend les plus grands services en permettant l'hémostase des tranches cruentées, en montrant avec une netteté parfaite l'origine des jets artériels, ce qui favorise la forcipressure, en facilitant la décortication périostée et la recherche des points de repère. Elle est très utile pour aspirer l'écoulement sanguin qui se produit en nappe au niveau du décollement du conduit membraneux.

Pendant le cours de la trépanation ou de l'évidement, le tube aspire le pus et surtout le sang qui s'écoulent sans interruption du puits osseux. Je ne veux pas dire que le procédé permette l'opération à blanc, loin de là, la plus belle méthode du monde, et celle-ci n'aspire en rien à ce qualificatif, ne peut donner que ce qu'elle possède. Il est bien évident que dans les mastoïdites fongueuses où la cavité est très vasculaire, l'hémato-aspiration ne peut donner des résultats comparables à ceux que l'on obtient dans les apophyses éburnées. Il faut bien savoir en effet que, grâce au vacuum, on aspire non seulement le sang qui inonde la plaie, mais aussi le sang des cellules osseuses, aussi plus la cavité opératoire se rapproche du type diploétique et contient des fongosités, moins l'aspiration assure l'étanchéité : le triomphe de la méthode est réalisé surtout avec les apophyses éburnées.

Dans *l'évidement pétro-mastoïdien*, l'hémato-aspiration trouve sa principale indication dans l'exécution du temps le plus délicat, c'est-à-dire dans la résection de la paroi externe de l'aditus. Grâce à ce procédé, la gouge peut entamer et poursuivre la section osseuse sans s'effacer à chaque instant devant une compresse. J'ai pu, dans des évidements difficiles, avec procidence combinée du sinus et de la dure-mère, m'abstenir de tout tamponnement à la gaze et gagner un temps précieux. Loin de moi la pensée de vouloir par cette méthode établir des records de vitesse opératoire, l'extrême rapidité dans nos interventions de fine sculpture osseuse est absolument condamnable ; toutefois la simplification de la technique n'a rien à voir avec le cent à l'heure.

Dans le curetage de la caisse, l'ablation des osselets, la régularisation de l'éperon du facial et surtout la plastique du conduit, l'aspiration facilite singulièrement le manuel.

Enfin, on sait qu'au cours de l'évidement, l'attaque de la paroi supérieure de l'antre dénude parfois la dure-mère et sectionne une fine artériole dont le jet remplit sans cesse la cavité adito-antrale et nécessite un tamponnement prolongé ou des tamponnements répétés. Grâce à l'hémato-aspiration, la marche en avant de la gouge n'est pas entravée et l'opération ne subit pas d'interruption.

Dans les résections crâniennes, l'ouverture du golfe de la jugulaire, la méthode aspiratrice peut être utilisée.

Le procédé que je décris n'exclut pas l'hémostase par compression. Pour peu qu'une région soit suspecte, qu'il y ait un suintement minime, que la gouge travaille en zône dangereuse : para-faciale, pré-sinusale, péri-dure-mérienne, il est de toute nécessité de recourir à une hémostase soigneuse que seul un tamponnement prolongé et bien fait peut assurer. Dans certains cas cependant l'hémato-aspiration m'a donné des résultats adéquates.

II. — *Opérations sinusales.* — Au cours des trépanations faites sur les sinus de la face, on sait l'abondance des hémorragies, qui ne présentent il est vrai aucun caractère de gravité, mais qui offrent le double inconvénient : 1° de masquer le champ opératoire (la cavité osseuse en effet se remplit de sang après chaque tamponnement), 2° de provoquer la déglutition du sang et par suite des vomissements pendant ou après l'opération. Des tamponnements successifs pratiqués avec de longues mèches de gaze aseptique étanchent le suintement, il est vrai, mais il est plus simple de l'aspirer à l'aide du vacuum. Pour cela on emploie un jeu combiné de canules dont les unes sont placées dans la cavité sinusienne, les autres dans le cavum. Grâce à ce procédé, une grande partie du sang est aspiré et on évite sa pénétration dans l'arbre trachéo-bronchique.

III. — *Opérations nasales.* — Dans la majorité des cas, l'application d'une solution de cocaïne-adrénaline faite avant la chloroformisation réalise une hémostase préventive suffisante pour les opérations endo-nasales (turbinotomies, crêtes, déviations). Dans les rhinotomies, l'hémato-aspiration combinée avec la position de l'opéré sur un plan incliné,

assure l'hémostase et évite la chute du sang dans les voies aériennes inférieures.

Avec avantage, le procédé de l'aspiration pourrait être utilisé dans la résection des maxillaires.

IV. — *Opérations bucco-pharyngées.* — Toute la chirurgie du cavum est grandement facilitée par la méthode aspiratrice. Rien de plus simple, lorsque le malade est couché en position de Rose ou de Trendelenburg, d'aspirer tout le sang provenant de l'extirpation de tumeurs du rhino-pharynx : section de végétations adénoïdes, arrachement de polypes naso-pharyngiens, etc. Il faut alors employer des tubes de gros calibre et augmenter le débit de la colonne d'eau afin d'obtenir un vide puissant. Ce procédé m'a permis de pratiquer plusieurs opérations sur le cavum, en particulier l'arrachement d'un volumineux polype naso-pharyngien, sans être obligé de recourir à l'hémostase par des compresses-éponges.

Les interventions chirurgicales sur le voile, les autoplasties pour rétrécissements cicatriciels du pharynx, les urano-staphylorraphies peuvent bénéficier, je crois, de l'hémato-aspiration. Outre qu'elle simplifie la technique, quelquefois délicate et laborieuse, elle écarte tout danger d'irruption du sang dans les voies respiratoires.

Le morcellement des amygdales enchatonnées est rendu beaucoup plus facile grâce à l'aspiration qui enlève le sang et les mucosités de tout l'arrière-gorge et permet de voir exactement les prises faites à la pince.

V. — *Pharyngotomies et opérations laryngo-trachéales.* — La méthode est susceptible d'être utilisée avec le plus grand profit dans toutes les variétés de pharyngotomies, de laryngotomies et dans les résections du larynx et de la trachée de même dans quelques trachéotomies où les tissus prétrachéaux sont infiltrés, œdématiés et très vasculaires. L'absorption du sang par le vacuum empêche sa chute dans le poumon et constituera peut-être un procédé prophylactique des broncho-pneumonies post opératoires.

En terminant le chapitre des indications de l'hydro-hémato-aspiration, la méthode pourrait être appliquée aux appareils d'endoscopie trachéo-bronchique et à l'œsophagos-

copie. Il serait facile, comme dans l'endoscope vésical, de relier ces appareils à une trompe à eau, de façon à aspirer la salive et les mucosités laryngo-trachéales.

Enfin, dans la narcose chloroformique et surtout pendant le cours de l'éthérisation on peut avec grand avantage utiliser l'hydro-aspiration de préférence aux compresses montées, pour supprimer les mucosités bucco-laryngées qui remplissent souvent le pharynx des opérés, compliquent l'intervention et peuvent être l'origine d'accidents graves.

Avantages de l'hémato-aspiration. — Les avantages retirés de l'application de la méthode que je viens de décrire sont multiples : facilité de l'hémostase cutanée et osseuse, suppression du tamponnement dans certains cas (j'ai pu opérer des sinusites frontales et des évidements du rocher sans la moindre compresse), simplification de l'hémostase par les procédés ordinaires, travail chirurgical fait à ciel ouvert, dans les cavités osseuses et non à l'aveuglette au fond d'un puits rempli de sang, diminution du danger de l'asphyxie dans les opérations pharyngo-laryngées.

Critique

Toute méthode nouvelle à ses débuts est loin d'atteindre la perfection, en particulier celle que je viens de décrire. Je n'ai aucunement la prétention de réaliser avec l'hémato-aspiration, une pseudo-hémostase idéale. Cette méthode ne saurait non plus se substituer au tamponnement dont l'usage est et sera toujours indiqué quand il faut voir clair dans une région délicate et dangereuse.

D'autre part, comme je l'ai précédemment indiqué, l'hémato-aspiration pompe le sang de la cavité opératoire, mais aussi des surfaces pariétales, on peut même objecter qu'elle favorise et entretient l'hémorrhagie. L'argument, vrai théoriquement, est en partie exact dans la pratique, en particulier dans la chirurgie osseuse quand on opère des tissus atteints d'ostéite. Mais en réalité, la canule ne forme pas ventouse puisqu'elle n'est pas constamment appliquée en un point, mais rapidement promenée sur toute la surface osseuse, d'autre part il se produit toujours une coagulation

sanguine dans les cellules osseuses et une vaso-constriction spontanée des capillaires dans les téguments ou les muqueuses.

S'il est des cas, peu nombreux, je dois le déclarer, où l'hémato aspiration m'a donné des résultats adéquates et même inférieures à ceux présentés par le tamponnement, j'avoue que dans nombre d'opérations des plus variées, la méthode m'a rendu les plus grands services et dans certains cas elle s'est montrée parfaite, en raccourcissant notablement la durée de l'acte opératoire par la suppression de tout procédé hémostatique. Encore une fois, elle n'exclut pas le tamponnement. mais peut être utilisée parallèlement à lui.

Elle demande à être perfectionnée, exigera des appareils plus ingénieux, mais malgré ses imperfections et ses défauts, je crois que cette nouvelle méthode chirurgicale facilitera, la technique oto-rhino-laryngologique.

Discussion

M. G. Laurens complète quelques détails techniques (sur les questions de MM. Weismann et Mahu) et insiste sur la nécessité de disposer d'une grosse trompe à eau de façon à ce que le vide se produise très rapidement dans le réservoir. Le choix du diamètre des tubes doit être fait suivant les particularités de l'opération projetée : ils sont droits ou courbés. L'hémato-aspiration voit surtout son application dans les opérations multiples.

M. Furet félicite chaudement l'auteur de sa communication ; il a assisté à l'application de ce procédé il a été émerveillé des résultats.

Centenaire de Garcia

M. **Mahu** rend compte de la mission qu'il a remplie à Londres en représentant la Société au centenaire de Garcia.

« Messieurs,

« J'ai l'honneur de vous rendre compte de la mission que notre Président empêché, au dernier moment, m'a fait l'honneur de me confier, de représenter la Société de Laryngologie de Paris aux fêtes données à Londres à l'occasion du centenaire de Garcia, inventeur du laryngoscope.

« Le 17 mars dernier la Société de Larnygologie de Lon-

dres réunit dans la salle des séances de la « Médical et Chirurgical Society », 20 Hanower Square, les parents, les élèves, les amis et les admirateurs de Manuel Garcia ainsi qué les représentants des Sociétés de Laryngologie des diverses nations.

« A midi, Sir Félix Semon, Président du Comité d'organisation, introduit le vieillard appuyé sur son bras, sur l'estrade de la salle de réunion superbement ornée de fleurs. A gauche se trouve le magnifique portrait peint par Sargent et offert au centenaire au moyen des cotisations, auxquelles vous avez pris part.

« Le Roi d'Angleterre avait reçu le matin même Garcia et l'avait élevé à la dignité de commandeur honoraire de l'ordre royal de Victoria.

« D'autres décorations lui sont remises au nom du Roi d'Espagne par le marquis de Villalobar et au nom de l'Empereur d'Allemagne par le professeur Frænkel de Berlin.

« Chaque représentant des divers corps constitués lit successivement ensuite une adresse au nom des membres des sociétés : (universités de Kœnigsberg, de Manchester et de Heidelberg ; anciens élèves de Garcia à l'Académie royale et au Collège Royal de Musique ; délégués des Sociétés de Laryngologie d'Amérique, d'Allemagne, d'Angleterre, de Belgique, de Danemarck, d'Espagne, d'Italie, etc, etc...)

« Moure accompagné de Lermoyez, de Molinié (de Marseille) et de Texier de (Nantes) lit une adresse au nom de la Société Française et votre serviteur lit l'adresse suivante au nom de la Société de Paris :

« Au nom de la Société de Laryngologie de Paris que j'ai l'honneur de représenter ici aujourd'hui, j'apporte à Manuel Garcia l'expression de notre respectueuse admiration.

« Les laryngologistes parisiens n'oublient pas quelle dette ils ont contractée envers celui qui leur a mis entre les mains l'instrument avec lequel ils mènent, chaque jour, avec tant de succès, leur combat professionnel.

« Je m'estime particulièrement heureux de l'hospitalité anglaise, unique au monde, qui me donne l'occasion gran-

diose d'exprimer les sentiments unanimes qui les pénètrent en cette circonstance.

« Plus encore, s'il est possible, que leurs confrères des autres pays, les laryngologistes français célèbrent en ce jour votre centenaire avec une émotion profonde, car le nom de Garcia n'éveille pas seulement en eux l'idée d'une grande découverte scientifique, faite à Paris même en 1854, mais encore il fait vibrer tout cœur parisien en évoquant le souvenir inoubliable de cette famille illustre qui a donné à leur capitale ses reines du chant les plus adulées.

« C'est à tous ces titres, au nom de Paris, que je salue Manuel Garcia, professeur de chant au Conservatoire National de Musique, frère de la Malibran et inventeur du laryngoscope. »

Après avoir attentivement écouté toutes ces adresses, le vieillard se leva et d'une voix faible répondit en remerciant chacun délicatement.

En quittant cette séance mémorable et imposante, un déjeûner, par petites tables, offert par le Docteur Saint-Clair Thomson, réunissait les laryngologistes des différents pays à l'Automobile Club de Londres.

D'autres invitations, entre autres celle de Charters Symond, Président de la Société de Laryngologie de Londres, n'ont pu être acceptées par votre délégué.

A 3 heures, la Société de Laryngologie de Londres invitait les laryngologistes étrangers à assister à une séance modèle tenue en leur honneur et qui fut particulièrement intéressante.

De nombreux malades, rangés et numérotés, portaient sur eux étiqueté le diagnostic de leur maladie et leur numéro renvoyait à un microscope permettant d'examiner les préparations correspondantes.

Le soir un banquet de 500 couverts, présidé par le Dr Charters Symond et auquel assistait Garcia, fut offert à l'Hôtel Cecil. Lord Suffields représentait le Roi d'Angleterre.

Après un toast du président, Sir Félix Semon retraça les principaux traits de la vie du vieillard et rappela les noms de ses parents et élèves célèbres, en particulier ceux de la

Malibran et de Pauline Viardot. Manuel Garcia remercia tous les convives en termes émus.

Puis, entrecoupés par des morceaux chantés tour à tour par Arthur Oswald, Blanche Marchesi, Ben Davis et Ade Crossley, des toasts de remerciements aux membres du Comité et à l'hospitalité anglaise furent successivement portés, chacun dans sa langue, par un réprésentant des divers pays.

Voici l'allocution prononcée par Lermoyez au nom des laryngologistes français :

« Avant toutes choses, au nom de la France, je lève mon verre à celle dont l'âme plane sur ce grand jour : je bois à l'Angleterre hospitalière au génie.

« Mes confrères français, au nom desquels j'ai l'honneur de parler en cet instant mémorable, sont profondément reconnaissants à leurs collègues anglais de la manifestation grandiose qu'ils font aujourd'hui et qu'ils ont, fidèles à leur tradition, si splendidement organisée.

« Car Manuel Garcia, Messieurs, nous appartient à nous comme à vous ; et, en le fêtant, vous fêtez un des nôtres. En notre nom à tous, merci pour lui.

« En ce jour, nous vous admirons une fois encore, mais nous ne nous étonnons plus, car nous avons appris à vous connaître. Semblable aux laryngologistes, le peuple anglais est spécialiste à sa manière ; il a choisi la spécialité des élans généreux et des reconnaissances magnifiques. Et quand il se prépare dans le monde un geste noble, l'Angleterre se met au premier rang des nations pour leur en donner le signal, comme elle fait en ce moment.

« Manuel Garcia a été célébré aujourd'hui dans toutes les langues, sur la mode majeur de l'art comme sur le mode mineur de la science, par le pinceau et par le laryngoscope. On a dit son talent divin qui a constellé le firmament du chant de tant d'étoiles. On a dit aussi son invention diabolique qui a arraché à la nature un de ses voiles les plus intimes. Mais ce qu'on n'a pas dit ce que je vais vous apprendre maintenant, c'est que Manuel Garcia a été un grand politique.

« Cet homme est un symbole : son existence partagée

entre vous et nous ; sa découverte, née à Paris au Palais-Royal et baptisée à Londres à la « Royal Society » ont heureusement associé les noms de la France et de l'Angleterre. Il est un des précurseurs qui ont pratiqué à son profit l'entente cordiale anglo-française. Cette entente lui a donné cent ans de bonheur et l'a mené à la gloire. Quel exemple pour nous, Messieurs ! Et ce que cette entente a fait pour un homme pourquoi ne le ferait-elle pas pour deux peuples ?

« En buvant à Manuel Garcia, je bois à l'entente anglo-française qu'il incarne, entente cardiaque hier, laryngologique aujourd'hui, mais cordiale toujours. Et, en ma qualité de fils de France, je vous invite à répéter avec moi et avec autant de cœur que je vais en mettre moi-même, deux mots, deux mots seulement, mais qui, pour les laryngologistes, n'ont jamais été plus de circonstance que ce soir : Mes amis, Vive l'Angleterre ! »



En terminant, je tiens à remercier personnellement la Société de Paris et son Président qui, en me désignant comme délégué à Londres, aux fêtes du centenaire de Garcia, m'ont permis de rapporter un souvenir charmant, en même temps qu'une excellente impression de l'hospitalité et de la cordialité de nos confrères d'Outre-Manche, que nous recevrons bientôt ici à notre tour, avec le plus grand plaisir.

Au sujet du XV[e] Congrès International de Médecine. Lisbonne, Avril 1906

M. Mahu fait part à la Société, des discussions qui ont eu lieu à Londres au sujet du Congrès International de Lisbonne d'avril 1906, à la réunion qui eut lieu chez Sir Félix Semon le 18 mars 1905, réunion présidée par le professeur B. Fraenkel (de Berlin) ainsi que des résolutions qui y furent prises.

Le samedi 18 mars 1905, Sir Félix Semon a réuni dans sa

splendide habitation de la Wimpole Street, les principaux laryngologistes étrangers, venus à Londres à l'occasion des fêtes du centenaire de Garcia.

Le but de cette réunion était de s'entendre au sujet de l'attitude à prendre vis-à-vis du Comité d'organisation du Congrès international de Lisbonne.

Dans une première répartition des sections médicales, ce Comité avait réuni dans une même section la Laryngologie, la Rhinologie, l'Otologie et la Stomatologie.

Il y eut alors une protestation unanime de la part des laryngologistes anglais ; et la Société Laryngologique de Londres, offensée de cette situation, considéra comme un précédent extrêmement fâcheux, l'association de ces spécialités si dissemblables.

Le Comité de Lisbonne reconnut son erreur, et sépara la stomatologie d'une part, et l'oto-rhino-laryngologie d'autre part. De celle-ci, il fait une sous-section unique.

C'est pour protester contre cette très imparfaite satisfaction donnée à la Laryngologie que Sir Felix Semon avait convoqué ses collègues.

Une séance véritablement internationale fut tenue sous la présidence du professeur B. Fraenkel, de Berlin. MM. Moure, Mahu, Molinié, Texier et Lermoyez y représentaient la France.

Trois projets de résolution furent proposés à cette réunion

Tout d'abord, on lui demanda de protester contre l'attribution d'une simple *sous-section* à l'Oto-rhino-laryngologie, alors que l'Urologie était classée dans une section. Ce premier point réunit l'unanimité des suffrages.

On mit ensuite en discussion la question suivante : Doit-on accepter que l'Otologie et la Laryngologie soient classées dans une seule section ? Ou faut il, comme cela a été fait dans les précédents Congrès Internationaux, créer deux sections distinctes ; ou bien encore deux sous-sections distinctes, l'une pour l'Otologie, l'autre pour la Laryngologie, comme lors du Congrès international de Paris en 1900 ? La Rhinologie pourrait alors être attribuée à la fois à ces deux sous-sections.

Sur ces deux derniers points, la discussion fut longue et

l'accord ne put se faire, tout au moins provisoirement.

En faveur de la séparation absolue de l'Otologie et de la Laryngologie plaidèrent chaudement les représentants de l'Angleterre, de l'Allemagne et de l'Autriche. Ils firent valoir que dans leur pays, les maîtres les plus autorisés pratiquent exclusivement l'une de ces deux spécialités, et qu'on ne pouvait songer à les obliger à se grouper ensemble; que d'ailleurs, dans les précédents Congrès, les communications ont toujours été si nombreuses qu'à peine ont suffi à les produire, la totalité des séances réservées aux deux sections, et qu'en réunissant celles-ci en une seule, on eut certainement manqué de la moitié du temps nécessaire pour les entendre...

Les représentants de la France, de la Belgique, de la Hollande et de l'Italie, sans contester la valeur de ces arguments, laissèrent entendre qu'on pourrait cependant leur opposer des objections non moins rationnelles. Ils mirent en avant que, dans leurs pays, les spécialistes pratiquent actuellement presque tous à la fois l'Otologie et la Laryngologie ; que les journaux spéciaux qui s'y publient ont tous trait à ces deux sciences ; que les Sociétés Française, Parisienne, Belge, Néerlandaise et Italienne, sont oto-laryngologiques à la fois, et qu'il semble tout à fait rationnel de suivre cette même indication dans les Congrès 1nternationaux. En attribuant deux sections ou deux sous-sections distinctes à l'Otologie et à la Laryngologie, on met les oto-laryngologistes dans l'impossibilité matérielle d'entendre toutes les commucations qui les intéressent, puisque celles-ci ont lieu simultanément dans deux locaux péparés. Ils firent enfin très justement remarquer que le nombre des otologistes et des laryngologistes purs va sans cesse en diminuant, même en Allemagne, et que l'Otologie et la Laryngologie, jadis séparées, tendent actuellemeut à une fusion inévitable et logique, grâce au trait d'union que leur offre la Rhinologie.

Rien de définitf ne put donc être décidé au sujet de la réunion ou de la séparation de l'Otologie et de la Laryngologie, au prochain Congrès International de Lisbonne.

Mais, on s'accorda sur la nécessité de porter la question devant les diverses sociétés d'Otologie et de Laryngologie ;

de leur exposer impartialement le pour et le contre ; de leur demander leur avis officiel. Et le résultat de cette importante consultation internationale indiquerait au Comité exécutif de Lisbonne, dans quel sens doit être résolue la question de la réunion ou de la séparation de l'Otologie et de la Laryngologie.

En conséquence, une discussion s'engagea à la Société à laquelle prirent part une partie des membres présents et, en particulier, MM. Gellé, Saint-Hilaire, Ménière et Furet.

Le vote qui suivit cette discussion fut le suivant : à l'unanimité des membres présents, fut décidé le maintien d'une Section unique pour l'Otologie, la Rhinologie et la Laryngologie, sans sous-section.



Séance du 30 Juin 1905

Présidence du Dr FURET, Président

Assistaient à la séance : MM. Furet, Gellé, Lermoyez, Castex Mahu, Cauzard, Kœnig, Egger, Viollet, Mounier, Courtade et Bruder.

Le Président donne lecture d'une lettre qu'il a reçue de M. le Dr Chiari, président de la Société Viennoise de laryngologie. Dans cette lettre, Chiari invite la société parisienne à se faire représenter aux fêtes projetées à l'occasion du centenaire de Türck en 1908.

La proposition est mise aux voix et adoptée.

En second lieu, le Président rend compte de l'invitation qu'il a reçue de la part de la Société Française de Laryngologie, au banquet offert par cette société aux confrères anglais, ayant assisté au congrès de 1905, et du toast qu'il a porté, au nom de la Société de Paris.

Réflexions sur quatre cas de laryngectomie totale

Par le Dr Pierre CAUZARD

J'ai eu l'occasion de suivre quatre malades atteints d'épithélioma laryngien ; ces malades ont subi la laryngectomie totale, deux sur ces quatre opérés sont en vie.

Je ne veux pas vous en rapporter les observations dont trois ont déjà été publiées dans les *Annales des maladies de l'oreille et du larynx ;* ces malades ont été opérés par le Dr Le Bec que j'assistais à chacune de ces interventions, et je me suis occupé particulièrement des soins consécutifs. C'est l'ensemble de mes observations et impressions que je viens vous exposer.

Le premier malade a été opéré en une fois par le procédé suivant :

1° Trachéotomie basse suivie de l'introduction de la canule de Trendelenburg ;

2° Thyrotomie ;

3° Laryngectomie ;

4° Fermeture de l'orifice supérieur de la trachée, par plusieurs points au catgut ;

5° Réfection du conduit pharyngo-œsophagien ;

6° Sutures : à ce moment le Dr Le Bec extériorise le moignon trachéal pour éviter l'introduction dans la trachée et les bronches des liquides venus du cloaque opératoire.

J'ai rapporté très complètement cette observation dans les *Annales des maladies de l'oreille et du larynx*, en 1902, page 350.

Ce malade est mort le cinquième jour accidentellement : dans un accès de toux la canule glissait hors de la trachée, et le malade suffoquait. L'étudiant de garde appelé aussitôt est en présence d'un malade qui se débattait désespérément et tente de remettre la canule ; malgré les difficultés, la canule est remise, mais le malade meurt asphyxié. A l'autopsie, j'ai vu la canule plongeant, non pas dans la lumière trachéale, mais traversant la paroi postérieure de la trachée pour s'ouvrir dans le cloaque intertrachéoœsophagien.

Le deuxième malade a été opéré le 12 décembre 1902, je l'ai perdu de vue actuellement ainsi que le Dr Le Bec, mais, il y a quatre mois ce malade vivait encore, il commençait à présenter une récidive ganglionnaire, et non pas une récidive dans le champ opératoire. Ce malade se faisait à peu près entendre par voix chuchotée et déglutissait facilement les aliments solides qu'il devait mastiquer lentement.

La technique suivie a été la même que la précédente, cette observation a été rapportée par Le Bec et Réal dans les *Annales des maladies de l'oreille et du larynx* d'octobre 1903. Notons simplement que la trachée fut sectionnée et abouchée à la peau sans trachéotomie préliminaire.

C'est cette observation et les commentaires qui la suivaient qui ont provoqué cette polémique intéressante entre Semon et Le Bec sur la laryngectomie et la thyrotomie.

Encouragé par ce dernier succès je confiais au Dr Le Bec un malade de ma clientèle, âgé de 56 ans qui était atteint

d'une affection épithéliale de l'aryténoïde gauche, lésion confirmée par mon maître le Dr Luc.

L'opération est faite le 25 avril 1904, j'assistais Le Bec (1).



Il existait un ganglion cervical à gauche, il fut enlevé en premier après une incision sur le bord antérieur du sterno-cleido-mastoïdien.

L'opération est continuée par une incision médiane en T, par la dénudation du larynx et des premiers anneaux de la trachée qu'on libère complètement de l'œsophage,

Suivant la méthode de Perier, la trachée est sectionnée et fixée à la peau par un point autérieur; ensuite le larynx est enlevé entièrement en un seul morceau ; la paroi antérieure de l'œsophage attenant à l'aryténoïde gauche est déjà infectée, et on est obligé de réséquer sur une trop grande étendue cette paroi œsophagienne.

La réfection du conduit pharyngoœsophagien, de cette première partie du tube digestif, est rendue très difficile ; néanmoins le Dr Le Bec parvient à la faire après avoir introduit par la voie nasale une forte sonde dans l'œsophage ; la trachée qui a peut-être été dénudée trop bas est solidemeut fixée par des points à la soie à toute la périphérie cutanée.

Les sutures terminées, un drain horizontal traverse de part en part le cou, passant au-dessus de la trachée dans le cloaque qui répond au larynx. Ce drain est destiné à drainer làtéralement toutes les sécrétions toujours abondantes venant du champ opératoire.

Les suites opératoires sont à peu près normales jusqu'au vendredi 29 avril, mais le malade est très agité, il remue la tête, et fait des mouvements de rotation du cou, continuellement, malgré tous les conseils et toutes les menaces ; il est impossible de lui faire prendre la position déclive tout au moins horizontale. Le 30, l'expectoration est devenue abondante, sanieuse, un peu sanguinolente, le pansement a été tenu toujours très facilement propre grâce à la canule de Lombard à double plaquette ; à partir du 30. je fais le pansement deux fois par jour, tellement l'écoulement sanieux est abondant; la

(1) Observation inédite.

plaie se désunit, et étant donné le peu de soumission du malade et l'agitation très grande qu'il présente la nuit, je suis très anxieux sur l'issue de cette intervention.

Le lundi 2 mai, la trachée ne tient plus à la peau, aux lèvres de la plaie désunie ; les deux premiers anneaux de la trachée se sphacèlent.

Je tente de suturer à nouveau la trachée, je n'arrive pas à un bon résultat. et je mets une canule de Trendelenbourg dans la trachée que j'entoure de gaze iodoformée ou stérilisée pour l'isoler le mieux possible du cloaque dans lequel elle tend à disparaître. Mais il est manifeste que la trachée, isolée, sans adhérences nourricières, privée de ses vaisseaux nourriciers, tend à se sphacéler de plus en plus.

Le 4 mai, le malade a été très agité, il a voulu se lever ; on a dû le maintenir au lit de force ; la nuit, il a trouvé le moyen de descendre de son lit : le 5, au matin, je me trouve en présence d'un malade qui respirait à travers son pansement, la canule étant en dehors de la trachée ; je ne sais pas comment il ne s'est pas asphyxié.

Je refais le mieux possible ce pansement des plus pénibles, car la trachée est située de plus en plus profondément dans cet infundibulum où on la voit émerger ou plutôt se perdre. Le conduit pharyngoœsophagien est désuni et la sonde est à nu sur 4 à 6 centimètres.

Dans la nuit du 6 au 7 mai, le malade s'éteignait lentement sans crise d'asphyxie. — Cette issue était certaine ; elle était rendue fatale par cet enfoncement de la trachée qui se mortifiait progressivement au milieu d'un infundibulum rempli de pus, de mucosités, de salive.

Et que faire ?

Ces suites étaient la conséquence :

1° De la dénudation de la trachée qu'on avait dû pousser assez bas par suite des lésions de l'œsophage, ce qui privait la trachée de ses vaisseaux nourriciers ;

2° De l'agitation du malade qui au lieu d'avoir la tranquillité nécessaire pour la réunion de cette plaie assez importante, a fait des mouvements de flexion, de rotation du cou, qui rendaient impossible cette guérison opératoire.

Cette complication n'a pas été signalée fréquemment et je crois qu'elle doit cependant être prise en considération.

Cette désunion de la plaie, de la trachée est un des acci-

dents qu'on doit le plus craindre, car comment y remédier ?

Une intervention faite en deux temps aurait l'avantage de diminuer ce danger et de mettre à l'abri le mieux possible des complications broncho-pulmonaires.

Elle a été pratiquée depuis longtemps déjà; mais le premier temps, consistait en une simple trachéotomie.

Je songeais qu'il serait possible de remplacer cette trachéotomie préliminaire par une section de la trachée et son abouchement à la peau, ce qui constituerait les premiers temps de l'intervention, dont le deuxième serait l'extirpation du larynx. Ce deuxième temps serait fait quinze jours au moins après la section afin de laisser se contracter des adhérences solides et nourricières entre la peau, la trachée et les tissus voisins.

Eh bien ! cette technique a été employée par Chiari, j'en ai lu l'analyse dans la *Revue de Moure* de 1903 et je l'ai conseillée à mon maître Le Bec pour une malade près de laquelle il voulut m'appeler. Le 31 octobre 1904, Le Bec fait la section de la trachée et son abouchement à la peau.

Entre le larynx et la trachée, est mis un drain qui traverse le cou du bord antérieur sterno-cleido-mastoïdien à celui du côté opposé.

Les suites ont été très bonnes.

Le 14 novembre 1904, la laryngectomie était pratiquée selon la technique habituelle et la réfection du conduit pharyngoœsophagien était parfaite, le Dr Le Bec ayant pu ménager entièrement la muqueuse pharyngée et l'œsophage,

Dans cette deuxième intervention l'incision a été arrêtée à 2 centimètres au-dessus de la bouche trachéale, si bien que le champ de la première opération était nettement séparé par un pont de tissu sain (peau, tissu sous-cutané) du champ opératoire de la deuxième intervention.

L'arbre trachéobronchique était ainsi mis à l'abri des sécrétions provenant de l'opération sus-jacente.

Le 21, les fils sont enlevés par le Dr Le Bec. Quelques heures après je constate que toute la plaie est désunie ; je me trouvais en présence du précédent accident, sans importance ici. car la trachée ne faisait plus partie en réalité du champ opératoire.

Je fis de nouveau toutes les sutures et mis quelques fils profonds et dix jours après la réunion était parfaite.

L'alimentation de la malade était faite au moyen d'une sonde mise d'abord à demeure, puis temporaire; du vingtième au trentième jour, elle fut à peu près supprimée, le trentième jour la malade pouvait prendre des aliments solides. Cette observation a été publiée tout au long dans les *Annales des maladies de l'oreille et du larynx* en avril 1905 par le Dr Le Bec.

Ces deux dernières observations relatent un même accident qui a eu une gravité toute différente dans l'un et l'autre cas; et la technique différemment employée semble pouvoir facilement l'expliquer.

Cette technique qui semble avoir été innovée par Chiari, et que Le Bec a suivie, présente un très réel avantage sur les techniques précédentes. Elle rend presque impossible les complications pulmonaires septiques d'origine opératoire, prévient l'accident arrivé dans ces deux dernières observations : la désunion de la plaie et la mortification possible des anneaux supérieurs de la trachée.

Ma conviction personnelle est celle du Dr Le Bec; à la laryngectomie totale en un temps doit être préférée la laryngectomie totale en deux temps.

1er temps { Section de la trachée. Abouchement à la peau.

2me temps { Extirpation dn larynx. Réfection du conduit pharyngo-œsophagien.

(Présentation de la malade dont l'histoire est relatée dans la dernière observation.)

Discussion

Lermoyez félicite Le Bec et Cauzard pour leurs résultats. Mais étant donné un cancer du larynx quelle est la meilleure méthode pour être utile au malade ? Laryngectomie ou trachéotomie ? Cette dernière est plus facile et donne des résultats qui ne sont pas inférieurs à la première au point de vue de la cessation des douleurs et de la survie.

Tumeur maligne du sinus maxillaire de nature épithéliale ; nécrose du maxillaire supérieur. Diagnostic. — Opération.

Par le Dr Pierre CAUZARD

Les tumeurs malignes du maxillaire supérieur et du sinus maxillaire sont comprises sous la même dénomination de tumeurs malignes du sinus maxillaire dans les grands traités de chirurgie de Duplay et Reclus, de Le Dentu et Delbet.

Les tumeurs malignes, infectantes, comprennent :

Les sarcomes, les épithéliomes, les carcinomes ; elles ne sont pas très fréquentes, et leur diagnostic dans les phases du début ne sont pas des plus faciles.

L'observation que j'ai l'honneur de vous rapporter m'a semblé à ce sujet devoir vous intéresser.

OBSERVATION

M. de Saint-T.. , âgé de soixante-six ans, m'est envoyé à ma consultation, le 10 décembre 1904, par un confrère de province.

Ce malade présente à première vue l'aspect d'un érésipélateux, dont les lésions occuperaient la moitié droite de la face, principalement la joue, la région sous-orbitaire et la moitié droite du nez.

Les téguments sont trés épaissis, d'un rouge vernissé, et la paupière inférieure est tellement œdématiée qu'elle cache à peu près entièrement le globle oculaire ; le nez est comme dévié à gauche. Facilement, on se rend compte que l'on n'est pas en présence d'un érésipéle ; ce n'est ni chaud ni douloureux, il n'y à pas le bourrelet typique de l'érésipéle, et, en réalité, le malade ne vient pas pour cela. Il se plaint d'avoir, dans le palais, des abcés qui ne guérissent pas malgré les incisions qui lui ont été faites par notre confrère.

L'examen de la bouche et de la voûte palatine, montre qu'il n'existe plus de dents appartenant à la moitié droite de l'arcade supérieure, elles sont toutes tombées progressivement: la canine et les incisives qui ne tenaient plus ont été récemment enlevées.

Il existe deux saillies rondes. lisses, rappelant les abcès d'origine dentaire; l'une est en dedans de l'arcade, en pleine voûte palatine, l'autre se trouve dans le repli gingivo-buccal.

Au toucher, elles donnent la sensation de rénitence ; ces deux tuméfactions ont été incisées il y a quelques jours. « Elles n'ont pas donné beaucoup de pus, mais ont saigné assez abondamment » me dit le malade.

L'examen des fosses nasales montre une fosse nasale gauche normale, tandis qu'à droite la muqueuse de la paroi externe et du cornet inférieur est très épaissie, rouge ; on voit du muco-pus ; l'obstruction nasale est complète à droite.

La rhinoscopie postérieure n'apprend rien de particulier.

Avec le galvanocautère, j'incise très largement, très profondément, les deux tuméfactions palatines ; pas de pus. pas de sang, les tissus sont très infiltrés. Avec une sonde, je trouve, aux deux endroits, des contacts avec un os dénudé. Par l'incision gingivobuccale, prudemment j'enfonce ma sonde dans le sinus maxillaire sans difficulté ; je remplace la sonde par une canule, je veux faire un lavage, impossible de faire passer la moindre goutte d'eau,la canule est certainement bouchée par des bourgeons. Cette manœuvre provoque un certain écoulement de sang.

Le malade, sur mes question, nie toute affection syphilitique, toute lésion génitale. Il se rappelle, dit-il, avoir souffert beaucoup pendant la guerre de 1870 de douleurs dans la joue de ce même côté, avoir mouché du pus ; il a toujours eu de mauvaises dents de ce même côté. Depuis cette époque. il croit pouvoir affirmer que de temps en temps il a eu des douleurs dans la joue et qu'il a mouché du pus, toujours à droite.

L'examen du malade et son histoire me font penser à une sinusite chronique suppurée avec quelques séquestres. Le jour même. dans mon cabinet, pour essayer de faire diminuer l'infiltration des téguments de la joue, je fais pénétrer par l'incision gingivobuccale une forte pince de Lubet-Barbon et l'enfonce en suivant la face antérieure de l'os maxillaire jusqu'au niveau du rebord inférieur de l'orbite. A ce moment, j'écarte les mors de la pince pour amener un certain décollement

et faciliter le drainage. Je posai le diagnostic ; sinusite chronique suppurée avec séquestres.

Huit jours après, j'opérais le malade, pensant nettoyer un sinus maxillaire, enlever les séquestres que je rencontrerais en suivant la technique classique de Luc (17 décembre 1904).

Opération. — Je fais une grande incision embrassant toute l'arcade dentaire droite. Je tombe alors dans un foyer rempli de séquestres, de bourgeons et d'os nécrosé. A la curette, à la pince-gouge, j'enlève toute la paroi antéro-externe du sinus maxillaire, laissant le rebord orbitaire seul, qui paraît sain, l'arcade dentaire n'existe pour ainsi dire plus, et je résèque ce qu'il en reste et toute la paroi inférieure ou voûte palatine du côté droit ; la paroi interne dans sa moitié inférieure est facilement morcelée et réséquée ; je n'ai fait absolument que suivre les lésions.

La nature de cette nécrose presque totale du maxillaire supérieur et des bourgeons sanieux qui saignaient assez abondamment m'ont fait changer d'avis et j'ai nettement pensé à une tumeur maligne.

L'opération s'est terminée sans difficulté ; j'ai rempli ce qui devait être le sinus maxillaire par de grosses mèches iodoformées dont les extrémités passaient d'une part dans la narine droite, d'autre part par la plaie buccale dont je suturai la plus grande partie.

Examen histologique. — Les bourgeons, examinés au microscope par mon confrère et ami le Dr Meslay, semblaient présenter des boyaux épithéliaux ; mais le Dr Meslay n'a pu, par les préparations qui avaient été défectueuses, affirmer la nature maligne de l'affection.

Sur cette question de diagnostic, j'étais très perplexe, d'autant plus que la cavité opératoire guérissait à vue d'œil sans le moindre bourgeonnement tandis que l'infiltration des téguments était stationnaire.

Je fais un examen détaillé et nouveau de mon malade. je recherche sans succès quelques signes de tabes ; pouvant être en présence d'uue nécrose trophique. je fais faire, sur les instances du médecin traitant, un traitement mercuriel intensif sans y avoir confiance.

Pendant ce temps, les lésions évoluaient lentement : du côté buccal, pas de bourgeonnements, mais épaississement de la voûte palatine qui n'est que fibro-muqueuse ; extérieurement, les téguments semblent s'affaisser, la rougeur est moindre,

mais six semaines après cette intervention apparaît, au niveau de la pommette, une ulcération qui s'étend progressivement; les tissus se rétractent, la paupière inférieure est attirée en bas, ce qui amène de l'ectropion et de l'épiphora, puis apparaissent des ulcérations de la muqueuse palatine. Des fragments sont pris au niveau des ulcérations cutanées et des ulcérations palatines et confiés au Dr Meslay qui, cette fois, nous affirme d'une façon absolue la nature épithéliale de cette affection.

Nous étions donc bien en présence d'une tumeur maligne épithéliale ayant provoqué la nécrose du maxillaire supérieur droit.

Le malade dont je vous raconte l'histoire se cachectise de plus en plus, les ulcérations s'étendent du côté cutané et du côté buccal, de nouveaux petits séquestres ont été éliminés; mais je dois vous faire cette remarque que les lésions sont restées, six mois après l'intervention, unilatérales.

Discussion.

Castex, dit que le fait seul de la présence de séquestres dans le sinus doit faire penser à la possibilité d'une tumeur maligne.

Selon **Lermoyez**, les signes de tumeur maligne au niveau du S. M. sont : la douleur, le gonflement de la joue, le mouchage de pus spécial, très différent de la suppuration de la sinusite commune.

Gellé fils insiste sur la chûte des dents parfois précoce, et le larmoiement.

Quelques cas de Syphilis (Nez, Pharynx, Larynx)

Par le A. Dr CASTEX

J'ai pu étudier, ces derniers temps, soit dans le service du Dr Gaucher, à l'hôpital Saint-Louis, soit à ma clinique, un ensemble de cas de syphilis, au nez, au pharynx et au larynx, dont l'exposé pourra s'ajouter utilement à ce qui a été écrit déjà, pour compléter certaines parties des descriptions.



Au nez :

C'est d'abord, chez un jeune homme qui avait contracté la syphilis depuis un an, une infiltration gommeuse de la voûte palatine en avant coïncidant avec les gommes et les périostoses développées en divers autres points du corps, notamment sur les tragus et antitragus gauches qui restaient atrophiés. Le septum nasal présentait en son centre une perforation irrégulière de trois centimètres de diamètre. Odeur *sui generis*. Ce qui apparait le mieux à l'examen, c'est une atrophie très marquée des deux cornets inférieurs. Nous retrouverons cette dernière particularité dans les observations qui suivent.

Chez un homme de 48 ans, syphilomes ulcérés, qui, de l'intérieur des narines, ont gagné la lèvre supérieure et le versant gauche du nez, en le recrouvrant de croûtes épaisses qui leur forment une carapace protectrice. Détail particulier : les deux narines sont presque oblitérées par une rétraction concentrique.

Un homme âgé, qui avait pris la syphilis quatre ans avant chez son coiffeur en se faisant raser, présentait une atrophie marquée du cornet inférieur gauche qui cachait un séquestre encore fixe de la paroi nasale externe.

Chez un jeune hérédo-syphilitique, le nez était enfoncé à sa racine, les narines s'étaient rétrécies comme chez le deuxième malade par une cicatrisation dont on suivait la marche de bas en haut. Les deux cornets inférieurs étaient très atrophiés.

Chez un cinquième malade hérédo-syphilitique, la lésion dominante était une hyperostose des os propres du nez.

Dans les observations de syphilis nasale que j'ai recueillies antérieurement, je relève comme traits dominants, sans parler du nez tertiaire bien connu, des gommes de l'aile du nez, la détruisant presque en entier, l'atrophie fréquente des cornets inférieurs si nette ordinairement qu'elle me paraît être un indice important de syphilis acquise ou héréditaire. Cette infection agit en sclérosant les parties molles. Il est donc tout naturel que le cornet inférieur très saillant dans

la fosse nasale à l'état normal, fasse voir d'autant plus son atrophie que son revêtement muqueux est d'ordinaire plus proéminent. L'ozène classique, avec triade d'atrophie, de croûtes et d'odeur spéciale, m'a paru souvent relever de la diathèse syphilitique.

Chez les femmes, j'ai vu souvent la périostite gommeuse des os propres s'accusant par une petite tumeur rouge sombre et fluctuante sur le dos du nez.

Je noterai enfin que, dans plusieurs cas, j'ai vu des perforations larges de la cloison n'entraîner aucune déformation du profil nasal. Cela tient, je crois, à ce que les rétractions du tissu conjonctif néo-formé sont la cause principale des effondrements et que là où il ne s'est pas formé, le nez peut conserver sa ligne normale.

Comme conclusion, je ferai remarquer que la syphilis du nez, bien connue dans ses manifestations tardives habituelles, nez en lorgnette, croûtes noirâtres, odeur nauséabonde, perforations larges de la cloison, séquestres, etc., se révèle parfois encore par quelques altérations isolées qui sont surtout : la périostite gommeuse des os propres, les rétrécissements narinaires, l'atrophie des deux cornets inférieurs, l'ozène type rencontré chez les hérédo-syphilitiques.



Au pharynx :

Je viens d'observer un chancre de l'amygdale gauche chez un homme âgé. Le malade racontait que six semaines avant il avait ressenti des symptômes de grippe, puis une sensation d'arête retenue dans son amygdale, ensuite s'était déclaré un léger torticolis que j'expliquai par une pléiade de ganglions sous le sterno-cléiodo-mastoïdien. On en trouvait encore deux ou trois devant ce muscle, petits, roulants, indolores. Toute l'amygdale était rouge. En son milieu s'accusait une brèche verticale d'aspect diphtéroïde. L'aspect chancreux était manifeste surtout au versant postérieur de cette brèche. Sur la partie antérieure de l'amygdale existaient deux petites ulcérations diphtéroïdes. La consistance était celle d'un cartilage un peu mou. Aucune douleur en

avalant. Le mal ressemblait beaucoup à un épithéliome de l'amygdale, mais quelques jours après une roséole caractéristique venait affirmer la vraie nature de la lésion.

Voici maintenant une autre variété de syphilis amygdalienne.

Une jeune femme se présentait dernièrement à ma clinique avec une amygdale gauche énorme, cinq ou six fois plus volumineuse que sa congénère. Je crus d'abord a un lymphadénome, mais l'étude de la malade me fit admettre, non sans de grandes réserves, le diagnostic : hypertropie simple. En raison de ce diagnostic l'amygdale fut morcelée par un élève de la clinique. Les suites furent simples d'abord, mais quinze jours après la malade revenait avec un aspect diphtéroïde de la plaie tonsillaire et nous montrait une roséole caractéristique confluente. L'accident primitif semblait avoir siégé sur le mamelon gauche où se montrait encore un petit ulcère en voie de cicatrisation. Nous avions méconnu le diagnostic. C'était le bubon amygdalien signalé depuis longtemps par M. Cornil et consistant dans un gonflement unilatéral d'une amygdale au cours de la période secondaire. J'ai souvenir d'en avoir observé deux autres, mais bien moins nets et surtout moins volumineux.



Au larynx :

Je crois bien avoir observé, et ceux qui l'ont examiné comme moi ont partagé cet avis, le cas très rare sinon unique d'un chancre de l'épiglotte.

Un homme est venu à ma clinique pour une tuméfaction douloureuse de l'épiglotte à droite. La douleur s'exacerbait surtout dans les déglutitions. Sur la partie latérale droite de l'opercule se montre une plaque rouge ovoïde mesurant environ un centimètre et demi de longueur sur un centimètre de largeur. Vers l'extrémité interne de la plaque se voient deux petites ulcérations jaunâtres superficielles placées l'une devant l'autre et mesurant à peu près les dimensions d'une lentille. A première vue je pensai qu'il s'agissait d'un épithéliome, mais en cherchant plus longue-

ment j'arrivai à penser que j'étais en présence d'un accident primitif de l'épiglotte. Les raisons qui m'ont fait admettre cette interprétation sont les suivantes :

1° Quelques jours après le début des douleurs de déglutition, le malade avait eu un ganglion gros mais indolore sous le maxillaire à droite, qui avait disparu peu à peu.

2° Alors que cette gêne à l'épiglotte existait depuis quatre mois, les accidents secondaires non équivoques venaient d'éclore depuis une quinzaine de jours. Ils consistaient en petites plaques muqueuses au prépuce, pustules au cuir chevelu et surtout dans des ulcérations tout à fait typiques sur le bord libre des cordes vocales qui d'ailleurs étaient d'un rouge vermillon. L'intérieur du larynx marquait donc indubitablement que cette syphilis en était à sa période secondaire.

3° Le traitement spécifique hydrargyrique institué depuis un mois avait amélioré l'ensemble des manifestations, et des cautérisations du chancre avec la solution à 1 : 20 de chlorure de zinc amenèrent assez vite la disparition des exulcérations de la surface et la diminution de cette plaque épiglottique.

4° Il était impossible de découvrir ailleurs un accident primitif.

Dans l'intérieur du larynx même, sans revenir sur ce que j'ai vu antérieurement, plaques muqueuses sur le bord des cordes, gommes, encoches à l'épiglotte, rétrécissements, condylômes simulant des polypes, je viens d'observer :

Un cas de syphilome avec épaississement léger mais diffus, l'épiglotte amincie en son milieu dessinait un angle aigu ;

Une syphilis secondaire avec larynx uniformément rouge et de petites plaques seulement sur le bord de l'épiglotte;

Une monochordite secondaire, rouge avec ulcération du bord libre. Ce type se voit plutôt dans la tuberculose;

Chez un hérédo-syphilitique de 16 ans, une tuberculose du larynx s'était ajoutée à des accidents anciens, tandis que du lupus se montrait à la tempe et des polyadénites au cou. C'était un hybride syphilo-tuberculeux.

Enfin chez un autre héréditaire qui présentait d'ailleurs

de l'ozène-type avec croûtes et odeur, les deux cordes portaient chacune sur leur bord libre deux ou trois petites nodosités grisâtres, sphéroïdes, bien différentes des nodules conoïdes des chanteurs. D'après ce cas et deux autres que j'ai vus antérieurement, j'incline à penser que cet état noueux des cordes, entraînant de la raucité vocale, est un stigmate d'hérédo-syphilis.

Pour conclure j'appellerai l'attention sur le gros bubon amygdalien à la période secondaire, sur l'existence du chancre à l'épiglotte, sur les lésions héréditaires appelant la tuberculose au larynx, enfin sur l'état noueux des cordes considéré comme indice de l'hérédo-syphilis laryngée.

Tels sont, Messieurs, les quelques cas particuliers que je désirais vous communiquer.

Paralysies transitoires des cordes vocales après la grippe

Par le Dr A. CASTEX

Ma deuxième communication se rapporte à deux cas d'hémiplégie laryngée post-grippale qui n'ont pas duré l'un et l'autre plus de quinze jours.

I. — Un homme d'une quarantaine d'années est pris d'une forte grippe qui laisse de l'enrouement avec un peu de dyspnée. La laryngite est à ce point intense que je redoute un phlegmon laryngien ou un début de tuberculose aiguë. Dans le décours de cette poussée je vois la corde droite s'arrêter en adduction permanente. J'en cherche la cause sans la trouver. Or, peu à peu mais tardivement, l'ensemble des phénomènes s'amende, la voix s'éclaircit et la corde retrouve sa mobilité.

II. — Chez une femme du même âge, accidents analogues. Après une grippe de deux mois de durée, la voix s'enroue gravement et la corde gauche reste en adduction. Cette hé-

miplégie n'a pas duré plus de 15 jours. Elle a guéri sans traitement local, par les moyens généraux en usage contre la grippe.

Je crois que ces faits sont rares. Ils me paraissent dus à des névrites périphériques du récurrent. Ici elles sont transitoires, mais nombre de paralysies laryngées définitives, si difficiles à expliquer parfois, ne seraient-elles pas du même ordre, quand le poison grippal plus infectieux a plus gravement atteint les filets nerveux de la périphérie ?

Guérison d'un cas de rhinite vaso-motrice, après que tous les autres traitements avaient échoué, par l'administration de faibles doses d'iodure de potassium

Par le Dr C.-J. KŒNIG

Il s'agit d'une demoiselle de 23 ans, qui souffrait depuis deux ans d'attaques *intenses* de rhinite vaso-motrice se manifestant en toutes saisons et dans tous climats (Paris, bord de la mer, montagne, Vichy) par des éternuements violents et répétés, écoulement abondant de liquide séreux transparent, obstruction nasale, céphalée frontale, larmoiement, rougeur des yeux etc. Ces attaques duraient quelques heures et se renouvelaient tous les jours avec quelques rares et courtes périodes de rémission. La cause irritative semblait être d'origine extra-nasale, car il suffisait à la malade de sortir le bras du lit ou de rentrer du grand air dans un intérieur chauffé, ou *vice versa*, pour être la victime d'une nouvelle attaque des plus pénibles. Elle était cependant bien mieux au grand air qu'à l'intérieur.

L'examen du nez ne révéla qu'une petite crête osseuse, à gauche, ne gênant nullement la respiration et contre laquelle je ne jugeai par conséquent pas nécessaire d'intervenir.

Cette demoiselle était soignée, depuis un an, par un savant confrère spécialiste, qui lui fit des cautérisations nasales, des insufflations d'air sec chaud, des pulvérisations de rhinalgol et lui prescrivit des douches générales et à l'intérieur le mélange classique d'atropine et de strychnine. De ce traitement elle n'éprouva aucune amélioration. Quand elle vint me consulter au mois de mai de l'année dernière, j'essayai de nouveau le traitement à l'air sec chaud, mais plus intensif, pendant plusieurs semaines sans résultat. Je ne fus pas plus heureux avec le traitement arsénical sous la forme de liqueur de Pearson. La quinine ne réussit pas plus. J'essayai alors les pulvérisations de solution d'antipyrine et d'adrénaline, les insufflations de poudre d'orthoforme préconisées par Lichtwitz en 1898 — pas de résultat.

Quoique je ne trouvasse pas l'iodure de potassium recommandé dans cette affection par les auteurs que j'avais en ma possession (Zarniko, Lermoyez, Grayson, Sajous, Moritz-Schmidt, White etc.), je l'essayai sur la demande de la malade, à qui une vieille dame amie avait raconté avoir été atteinte dans sa jeunesse de la même affection et avoir été guérie par l'iodure. Par acquit de conscience je le prescrivis donc, d'abord parce qu'il ne pouvait pas nuire à ma malade, et ensuite parce que, possédant un pouvoir électif très net sur la pituitaire (coryza iodique), il pourrait agir ici en modifiant la circulation et la nutrition locales. Bien m'en a pris ! J'instituai le traitement au commencement de janvier de cette année, en donnant après les deux repas dans du lait, une cuillerée à café d'une solution d'iodure de potassium, chaque cuillerée contenant 0,25 cgr. d'iodure, ce qui fit 0,50 cgr. par jour.

Comme par enchantement et dès le début de ce traitement, les crises cessèrent et la malade n'en a pas eu une seule jusqu'à ce jour, c'est-à-dire depuis six mois.

Je lui conseillai donc de faire ce traitement trois fois par an pendant un mois chaque fois. Elle éternue quelquefois *légèrement* et le nez coule un peu, mais il n'y a pas de crises avec obstruction nasale, larmoiement, rougeur des yeux et céphalée.

Quel est le mécanisme intime de l'action de l'iodure en cette circonstance ? Dire qu'il agit sur l'état général neuro-arthritique comme altérant ou sur l'état local par une action substitutive, semblable à celle des eaux sulfureuses, ce n'est pas dire grand'chose.

Manquat dit que, suivant Laborde, l'action de l'iodure de potassium s'exercerait primitivement sur le système nerveux central, duquel dépendraient les effets vaso-moteurs et cardiaques. L'affection étant considérée comme une manifestation nerveuse, spasmodique vasculaire, chez les neuro-arthritiques, ne pourrait-on pas considérer l'effet de l'iodure analogue à celui de l'arsenic ? Manquat dit en effet : « D'autres auteurs ont préconisé les iodures dans la tuber- « culose en leur attribuant une action sur la nutrition, ana- « logue à celle de l'arsenic. »

Je serais heureux de connaître l'avis de mes confrères au courant des effets physiologiques des drogues.

Cas d'empyème du sinus maxillaire datant de 17 ans, guéri par 27 lavages faits à travers le méat inférieur

Par le Dr C. J. KŒNIG

Mme L...., 34 ans, vint me trouver le 1er février 1904, se plaignant de violents maux de tête, rage de dents, douleurs dans l'épaule gauche, que j'avais prises alors pour du rhumatisme, maux de gorge fréquents, brûlures dans la gorge tous les matins, rhume de cerveau tous les mois et mouchant toujours un peu de muco-pus fétide par la narine gauche. Elle se plaignait aussi de troubles gastriques, pour lesquels elle était en traitement chez un spécialiste pour les maladies de l'estomac, et d'une profonde neurasthénie.

Elle me raconta que cette affection remontait au mois de septembre 1887, lorsqu'elle habitait la Guadeloupe, il y a donc 17 ans. Les premiers symptômes apparurent un jour pendant qu'un dentiste lui pansait la première molaire su-

périeure gauche. Elle moucha subitement un peu de pus fétide et un petit morceau d'os. Continuant à souffrir de douleurs intolérables de ce côté, elle se décide, deux ans après, à se faire arracher la dent. Il ne s'écoula pas de pus de l'alvéole et les symptômes non seulement continuèrent, mais augmentèrent d'année en année. Elle ne consulta pas de spécialiste (il n'en existait peut-être pas à cette époque dans l'île), mais un confrère, médecin général, lui dit qu'elle était atteinte de « catarrhe du cerveau. » C'est donc 15 ans après l'ablation de la dent que le spécialiste de l'estomac me l'adressa.

D'après les commémoratifs, le diagnostic d'empyème du sinus maxillaire gauche, probablement d'origine dentaire, était facile à établir. Cependant, l'examen du nez ne révéla qu'un cornet inférieur gauche fortement hyperémié, mais je ne pus voir aucun écoulement purulent même après avoir prié la malade de pencher la tête fortement en avant (signe de Fraenkel). Cette expérience fut répétée à plusieurs reprises avec le même résultat négatif. La diaphanoscopie ne révéla pas une opacité plus grande à gauche qu'à droite, mais la malade ne perçut pas de lueur dans l'œil gauche, tandis qu'à droite elle en perçut une nettement.

Je lui proposai un essai de guérison par les lavages, mais sans rien promettre, lui faisant comprendre qu'une opération serait très probablement nécessaire étant donné l'ancienneté vraiment trop grande de l'affection. Je lui prescrivis des lavages avec la canule de Vacher deux fois par jour et je lui fis avec la canule de Grünwald des lavages par l'ostium maxillaire. Chaque fois le liquide ramena du mucopus peu abondant, mais suffisant pour confirmer le diagnostic. Je lui fis pendant les mois de février et mars une vingtaine de lavages. Tous les symptômes ont été ainsi atténués et les rhumes de cerveau et maux de gorge ont cessé complètement ; mais la persistance de la cacosmie subjective et des maux de tête me décida de recourir aux lavages par la ponction du sinus à travers le méat inférieur. Je me servis d'un trocart moyen recourbé et je ponctionnai pour la première fois le 6 avril. Le lavage fait au moyen du bock, placé à environ un mètre de hauteur, ramena un flot de pus grumeleux *excessivement fétide*, à odeur cadavérique. Cinq

jours plus tard, le 11 avril, je ponctionnai de nouveau, le trocart entrant très facilement par l'ouverture faite lors de la première ponction ; le lavage abondant, deux litres, ramena de nouveau du pus fétide, mais en quantité moindre, et quatre jours plus tard un nouveau lavage en ramena encore moins. Je fis alors un lavage quotidien jusqu'au 30 avril, à l'exception du dimanche 17. Je me servis principalement d'acide phénique, de bi-borate de soude et de protargol. J'eus la satisfaction de voir le pus diminuer de jour en jour et l'odeur et la céphalée disparaître complètement. Mais cela ne se fit pas toujours sans anicroches qui vinrent souvent presqu'à bout de ma patience: il arriva quelquefois que le lavage, pour une raison ou une autre, ne se fit pas bien, le liquide ne sortant pas quoique le trocart ait bien pénétré dans la cavité. Après l'avoir retiré et remis à plusieurs reprises, je dus y renoncer et faire revenir la malade le lendemain — alors j'arrivais du premier coup à faire passer le liquide.

Finalement la malade ne se mouchait plus, tous les symptômes avaient disparu. J'espaçai alors les séances de deux jours, puis de quatre et le 24 mai le lavage ne ramena plus trace de pus, le liquide sortant absolument propre. Ce bon état persistant le 27 mai et le 1er juin, je remis la visite à huitaine, puis à quinzaine avec le même résultat.

Pendant ces entrefaites la malade fit venir de la Guadeloupe la dent qu'elle eut la bonne idée de conserver dans un écrin et je priai mon ami, le Dr Hornung, chirurgien-dentiste, de l'examiner. Il constata que les nerfs avaient été tués par suite d'une obturation à la gutta-percha dans la pulpe; ne constatant pas d'obturation dans les canaux radiculaires, il conclut que les nerfs tués n'avaient jamais été enlevés et par suite se sphacélèrent causant un dégagement infectieux dans l'antre à travers les canalicules du sommet des racines. Je vous passe la dent et vous pourrez constater que, selon toute apparence, les racines sont saines.

Je viens de revoir la cliente, c'est-à-dire treize mois après le dernier lavage ; je ne m'expose donc pas, je crois, à encourir le reproche que Lermoyez croit devoir adresser à certains observateurs, c'est-à-dire *de se presser trop de*

publier leurs résultats sans avoir pris la sage précaution de demander au temps de confirmer leurs assertions, « Il faut, « dit-il, que quelques mois au moins aient passé sur la gué- « rison d'une sinusite pour qu'on la puisse considérer « comme réelle. Par le mot guérison, dit-il encore, j'entends « la cessation de douleurs, le tarissement des sécrétions, la « disparition des troubles secondaires et généraux. » Et plus loin : « la *guérison absolue* d'une sinusite ne peut « d'ailleurs être affirmée que quand un coryza, une grippe, « une mauvaise saison ont passé sur un sinus opéré, sans « le faire suppurer de nouveau. » (1)

Sinus guéri par opération ou par lavages, c'est tout comme au point de vue de la récidive. Eh bien, dans mon cas, toutes ces conditions exigées par le maître sont au grand complet — il y a absence totale de tout symptôme local ou général, de troubles gastriques et de neurasthénie. Depuis le dernier lavage elle a eu deux *gros* rhumes de cerveau sans que ceux-ci aient réveillé la sinusite, et à la transillumination la lueur dans l'œil gauche, qui faisait défaut au premier examen, est revenue. Ce signe est accepté en général comme une preuve absolue de la guérison radicale. Et certains spécialistes de bonne foi sont tellement prévenus contre la possibilité de la guérison permanente par les lavages, qu'un d'eux, très éminent à l'étranger et d'une réputation universelle, me dit, quand je lui racontai ce cas : « Opérez-là, ça reviendra » Une telle attitude me paraît étrange après le magistral rapport de Lermoyez à Manchester où on lit : « La proportion des suppurations chroniques « du sinus maxillaire qui cèdent à ce traitement (lavages « par le méat inférieur) est assez grande. Sur trente sinusites « maxillaires chroniques de ma statistique, traitées par ce « moyen, 13 guérirent radicalement, soit environ 43 °/₀ » (2).

J'espère que le confrère en question ne m'en voudra pas de n'avoir pas suivi son conseil. En tous cas, j'aime mieux

(1) M. Lermoyez. — Indications et résultats du traitement des sinusites maxillaires et frontales. Rapport à la Section laryngologique de l'Association méd. britannique a Manchester — Juillet 1902.

(2) M. Lermoyez. — Loc. cit.

attendre le retour de l'affection pour intervenir plutôt que d'opérer maintenant pour une maladie qui n'existe plus ! D'ailleurs je crois que j'aurais de la peine à y décider la malade. Je crois également que si nos confrères sceptiques en matière de guérison par le traitement conservateur voulaient se donner la peine d'essayer celui-ci pendant un temps raisonnable plutôt que de recourir de suite à une opération sous chloroforme, ils auraient souvent à s'en féliciter. Je lis dans la dernière édition du livre de Zarniko, esprit très pondéré en matière de rhinologie et que je parcours souvent avec le plus grand profit, la phrase suivante : « En pesant le « pour et le contre de notre thérapeutique nous devons « nous demander : « A quels ennuis et inconvénients la « sinusite expose-t-elle notre malade ? A quels ennuis et « inconvénients (économiques, cosmétiques) devons-nous « l'exposer pour le guérir ? » Et nous devons mettre les deux « côtés de la question dans la balance à l'avantage du ma- « lade. De cette façon nous arrivons souvent à renoncer à « une complète guérison de la maladie pour nous contenter « de maintenir le madade, par un traitement conservateur, « exempt de tout inconvénient. *Et ce faisant nous serons « parfois étonnés d'obtenir des guérisons inespérées qui « seront pour nous une exhortation de ne pas trop « dédaigner l'efficacité de traitement conservateur* » (1). On ne peut donc pas accuser tous les maîtres allemands, comme on le fait quelquefois, d'adopter l'adage : « Alles was « fliesst muss operirt werden » ; « tout ce qui coule doit être « opéré. »

Lermoyez dit également : « J'estime donc que dans toute « sinusite maxillaire chronique isolée et non compliquée, ce « traitement doit être systématiquement essayé ; *souvent il « amènera une guérison inespérée* ; ni la nature, *ni la « durée* de la suppuration ne lui sont une contre indication. » (2).

Ce cas est intéressant à plusieurs points de vue. D'abord

(1) Carl Zarniko. — *Die Kraukleisen der Nase und des Nasenrachens.* 2e édition, page 460.

(2) M. Lermoyez, loc. cit.

il démontre péremptoirement la plus grande efficacité des lavages par ponction sur les lavages par l'ostium ; ceux-ci suffisent au diagnostic et produisent une amélioration très nette dans les symptômes, mais les lavages par le méat inférieur brassent mieux la cavité, entraînant tout le pus qui s'y trouve. Si j'y avais eu recours de suite, j'aurais très probablement guéri la malade en deux mois au lieu de quatre.

De plus, ce cas confirme ce que dit Lermoyez en démontrant qu'on peut espérer une guérison par les lavages même quand l'affection remonte à de nombreuses années (dix-sept ans dans mon cas) et que l'ablation de la cause ne suffit pas toujours à la procurer. Il démontre égalemeut qu'il ne faut pas l'espérer trop vite. Si au bout de quinze jours ou même d'un mois de lavages, j'avais conclu à la non-curabilité sans opération, j'aurais commis une grosse erreur. Il faut de la patience de la part du médecin et du malade ; c'est à la 27ᵉ ponctions que j'obtins la guérison dans ce cas. Cela représente beaucoup de travail et une dépense considérable de temps, d'autant plus qu'il faut prendre à chaque lavage toutes les précautions d'asepsie que comporte toute intervention, faisant bien bouillir le trocart et l'eau qui sert au lavage. Ce surcroit de travail, *qui donne beaucoup plus de mal qu'une opération*, ne doit pas nous arrêter, car il est de notre devoir d'essayer d'obtenir la guérison par une méthode conservatrice, si c'est possible, avant de recourir à une opération. Il sera toujours temps de faire celle-ci, si le traitement conservateur échoue, à moins que nous n'y soyons forcés par quelque rare complication.

Si le malade manque de patience et préfère être chloroformé et opéré, il est facile de le satisfaire, mais à celui qui craint l'opération et ses risques, si minimes qu'ils soient, il est agréable de pouvoir lui faire espérer une guérison sans opération dans l'espace de deux à quatre mois ou plus. Et cela est d'autant plus vrai que l'opération elle-même ne donne pas une guérison à coup sûr et ne ne met pas non plus à l'abri des récidives.

Ce cas peut aussi aider à confirmer le fait mis en lumière par Grünwald, que les sinusites maxillaire à *pus grumeleux* fétide ont plus de tendance à guérir que celles qui

donnent au lavage de gros pelotons muco-purulents,

Maintenant, s'il s'agit ici d'empyème dans le sens de Lermoyez, ou de pyosinus (Killian), pourquoi l'ablation de la cause, c'est-à-dire la dent, n'a-t-elle pas amené la guérison ? On sait, en effet, qu'une fois la cause enlevée, le pus existant dans le sinus disparaît par résorption ou bien un seul lavage ramène l'état normal (Zarniko). Ou bien, y avait-il réellement sinusite par propagation ou extension du processus, ou la cause aurait-elle été double, rhinogène et odontogène ? Ne serait-ce pas possible qu'il y ait eu sinusite partielle, avec formation de granulations limitées à la partie avoisinant la dent, et que par suite de stagnation du pus irritant, ces granulations n'aient pu s'atrophier, continuant à produire du pus pour leur compte ? En un mot, y aurait-il là un cercle vicieux auquel mettent fin les lavages en supprimant la stagnation ? C'est vers cette explication que je penche.

Discussion

Mounier, considère qu'il est très difficile de dire d'avance combien de lavages seront nécessaires pour assurer la guérison. Il est d'avis que, lorsque la suppuration n'a pas cessé après cinq ou six lavages bien faits, il faut opérer.

Furet est très heureux de voir la ponction et les lavages à travers le méat inférieur employés de plus en plus dans le traitement de la sinusite maxillaire. Il a de nombreux cas personnels de guérison complète. Répondant à Mounier, il croit qu'on peut presque assurer la guérison lorsque, après quelques lavages, le plus grumeleux et fétide au début s'est transformé en un gros crachat purulent sans odeur, ne se mélangeant pas à l'eau.

Au cours de la séance, Castex, a donné lecture d'une lettre de notre collègue Moura, annonçant son intention de se retirer à Pamiers.

Le Président s'est fait l'interprète de tous pour adresser à notre collègue, le salut cordial et les meilleurs souhaits de la Société.

Séance du 10 Novembre 1905.

Présidence de M. le Dr Furet, président

Présents : MM. Viollet, Cousteau, Fournié, Veillard, Gellé fils, Cauzard, Saint-Hilaire, Grossard, Bourgeois, Courtade, Georges Laurens, C.-J. Kœnig, Boulay, Le Marc'Hadour, Lubet-Barbon, Castex, Furet, Georges Didsbury, Guisez, Mahu, Martin, Lermoyez, Galand.

A l'ouverture de la séance, le Président prononce les paroles suivantes :

Messieurs,

J'ai d'abord à remplir un triste devoir, c'est d'adresser à la mémoire de notre collègue le Dr Ménière qui vient de mourir, il y a quelques semaines, à Lausanne, où il était en traitement, un souvenir respectueux et cordial.

La nouvelle de sa mort nous a tous surpris, car, bien qu'il fût notre doyen, nul ne paraissait plus dispos, ni plus alerte, nul surtout n'était plus que lui assidu aux séances de notre société, cette société qu'il aimait et qu'il avait, vous le savez tous, contribué à fonder.

Je ne rappelerai pas ici les titres scientifiques de E. Ménière, ils sont dans la mémoire de tous ; il y joignait, sous un abord un peu réservé, une grande bienveillance, un dévouement toujours prêt à agir et une courtoisie à toute épreuve.

Il sera unanimement regretté parmi nous.

Je suis certain d'être votre interprête en adressant à Mme Ménière, sa veuve, et à ses fils, les condoléances les plus sincères et les plus respectueuses des membres de la Société d'Oto-Laryngologie de Paris.

Procédé d'examen du larynx et du cavum naso-pharyngien chez les sujets hyperesthésiques

Par le Dr Jacques FOURNIÉ

I.

L'examen du larynx, celui du rhinopharynx, se heurtent souvent à des difficultés grandes, parfois insurmontables. Je ne parle pas ici des tout jeunes enfants, ni des quelques cas où intervient une malformation anatomique. J'ai en vue les sujets, et ils sont nombreux, dont la réflexité pharyngée est anormalement accrue, que la cause en soit dans la lésion de voisinage, ou qu'elle soit le fait d'une névrose, du neuro arthritisme, de l'alcoolisme, du nicotinisme, ou seulement l'expression d'un sentiment de crainte et d'appréhension devant l'inconnu d'un premier examen.

Certes, je ne voudrais pas dénier la dextérité et la rapidité de vision que donne une longue pratique, surtout en ce qui concerne la rhinoscopie postérieure. Cependant j'estime que le succès est fonction beaucoup moins de l'habileté de l'opérateur que de la sensibilité du patient. Quand nous sommes en présence de mouvements de déglutition répétés, que nous avons devant nous ces langues réfractaires, à gros dos, ces langues hyperesthésiques, ces voiles du palais qui se contractent dès la pose de l'abaisse-langue, et que le moindre contact réveille le spasme nauséeux, l'adresse du médecin perd ses droits.

Je n'insiste pas sur les moyens généralement employés en pareil cas. Les ressources de la psychothérapie s'allient aux manœuvres les plus diverses : artifices de position, de respiration, de phonation; apport d'instruments variés, abaisse-langues spéciaux, etc. Résultat : grande perte de temps et le plus souvent, renvoi du malade à un examen ultérieur.

Il y a bien un procédé plus effectif: la cocaïnisation. Comment s'en sert-on et qu'en a-t on obtenu jusqu'ici ?

Dans la rhinoscopie postérieure, d'abord. Je cite le docteur Lermoyez : « La cocaïne ne donne pas, en pratique, les bons résultats que théoriquement on est en droit d'en attendre. Si l'on badigeonne la gorge avec une solution de cocaïne à 1/10, on ne fait qu'accroître les réflexes, par l'excitation que cause le contact du pinceau ; pour obtenir une anesthésie appréciable, il faut employer une solution à 1/5 et faire deux ou trois badigeonnages étendus au devant et en arrière du voile... On réussit mieux et avec moins de danger par des insufflations de poudre de cocaïne ; mais du moment où l'anesthésie du voile est obtenue, il y a tout avantage à appliquer le releveur du voile. »

Pour la laryngoscopie, même technique : cocaïnisation à outrance du voile et de la paroi pharyngée postérieure. La muqueuse, ainsi privée de sa réaction hostile, va fraterniser, du moins l'espère-t-on, avec le miroir qui s'appuie sur elle.

Dans l'un et l'autre cas on réussit quelquefois, (encore m'expliquerai-je là dessus tout à l'heure), ou on parvient à grand'peine à entrevoir le larynx ou le cavum rébarbatif, enfin le plus souvent c'est l'insuccès. Il faut remettre l'examen à une nouvelle séance, à moins qu'on ne veuille généraliser la cocaïnisation à tout l'isthme pharyngé et au larynx, à l'aide du pinceau et de la seringue laryngienne : on arrive ainsi à voir la glotte.

II.

Cependant je ne fais pas cette cocaïnisation étendue et la cocaïne m'a toujours donné, avec une technique très simple, un succès facile, prolongé et relativement rapide. Il y a un « seulement », qui semble à première vue paradoxal et qui est très rationnel si on recherche l'explication. Sauf exception, ce n'est pas la muqueuse que touche le miroir laryngé qu'il faut anesthésier, c'est celle qu'il ne touche pas ; ce n'est pas en haut sur le voile et sur la paroi pharyngée postérieure, même et surtout dans la rhinoscopie postérieure qu'il faut porter la cocaïne, c'est en bas, à la base de la langue, dans les fossettes glosso-épiglottiques. C'est là qu'est le point de départ du réflexe nauséeux, c'est là qu'il faut l'atteindre et l'annihiler.

A cet effet, point n'est besoin de seringue laryngée. Un simple porte-coton pharyngé et une solution de cocaïne à 1/10 suffisent. Les premières applications, pendant lesquelles je tiens la langue ou la laisse libre suivant les cas, réveillent aussitôt le réflexe nauséaux ; je n'insiste pas, je retire mon stylet. Les applications suivantes, devenant rapidement mieux supportées, sont plus longues. Enfin mon porte-coton se promène impunément dans l'angle glosso-épiglottique ; j'attends encore une ou deux minutes, le malade est prêt, je l'examine très aisément.

On pourrait, sans doute, se servir de cocaïne en poudre. je ne l'ai pas essayé, préférant suivre, avec le stylet, les progrès de l'anesthésie.

J'ajoute que le temps donné à cette anesthésie, (5 à 10 minutes), est certainement moins long que celui dépensé par la diplomatie du médecin et les essais réitérés d'examen le plus souvent infructueux d'ailleurs.

III.

Les succès que j'obtiens par ce procédé confirment bien que le point de départ principal, *pratiquement unique*, du réflexe nauséeux, non pas gustatif, mais tactile, siège dans la zone glosso épiglottique. Très accessoirement, ce siège s'étend aux piliers, au voile et à la paroi pharyngée postérieure. Or ce siège principal du réflexe est, au cours de l'examen, tiraillé de façon multiple.

Chez les sujets qui nous occupent, malgré les conseils donnés, le diaphragme et la cage thoracique s'immobilisent, la respiration s'arrête ou se fait par saccades, la langue se contracte, prenant des points d'appui instables, toute la région péri-épiglottique est comme dans l'attente du spasme. La zone réflexe, ainsi immobilisée dans cet état de veille, répondra plus vivement aux sollicitations voisines : sollicitations directes mécaniques; sollicitations indirectes, par l'effet d'un réflexe psycho ou sensitivo-moteur péri-épiglottique.

Les points de départ de ce réflexe sensitivo-moteur sont plus ou moins partout dans la cavité bucco-pharyngée. Quant aux sollicitations mécaniques directes, si deux

sont généralemet connues, la traction de la langue et sa compression par l'abaisse-langue, il en est une sur laquelle je voudrais attirer l'attention. C'est dans la laryngoscopie, l'action du miroir.

En effet il s'appuie sur le voile, le soulève, et, par l'intermédiaire des piliers, exerce une traction bilatérale sur la base de la langue. Cette traction contrarie en outre celle exercée par la main qui tire l'organe hors de la bouche. Le médecin emploie donc ses deux mains à réveiller le réflexe nauséeux.

La cocaïnisation du voile et de la paroi pharyngée postérieure, comme on le fait, supprimera bien un réflexe de défense sensitivo-moteur qui peut être puissant et provoquer à son tour le réflexe nauséeux ; les autres restent. Et alors même que le réflexe palatin serait le seul important, son abolition n'empêche pas les sollicitations directes dont nous venons de parler et qui expliquent, pensons-nous, les insuccès ou les succès seulement partiels de cette cocaïnisation mal entendue.

Quant aux heureux résultats de la laryngoscopie qui suivent l'anesthésie totale, généralisée au pharynx, à l'isthme bucco-pharyngé, et au larynx, ce n'est pas à la réunion de ces cocaïnisations multiples qu'il faut les attribuer, c'est uniquement parce que la cocaïne a passé par la *région glosso-épiglottique*, la seule qui importe.

Etudions maintenant la cocaïnisation du voile seul dans la rhinoscopie postérieure. Pourquoi, dans le but d'anéantir ses contractions réflexes, anesthésier un organe qu'on ne doit pas toucher ? La cocaïne, d'autre part, n'a pas, que je sache, d'action sur les nerfs moteurs ou sur les muscles. Le voile anesthésié peut très bien se contracter sous l'influence d'une excitation banale voisine, à plus forte raison quand il participe au syndrôme nauséeux provoqué par le contact et la pression de l'abaisse-langue.

Cette objection se pose également contre l'application du releveur du voile, pour laquelle l'anesthésie du voile est évidemment nécessaire, mais loin d'être suffisante chez les sujets difficiles dont nous parlons, parce que le spasme nauséeux et l'obstacle lingual la rendront toujours pénible et difficile, le plus souvent impossible ou inefficace.

Enfin si dans ces cas on arrive, après cocaïnisation du voile seul, à entrevoir un cavum ou un larynx, je crois fortement que la raison en est dans ce fait que l'anesthésie s'est déplacée à l'insu du spécialiste. Il est très probable, dans un large badigeonnage du voile, que la cocaïne descend le long des piliers vers la zône glosso-épiglottique, si elle n'y vient pas directement, le pinceau étant exprimé entre le voile et la langue qui se ramasse en haut et en arrière, d'où une anesthésie partielle de la région nauséeuse.

IV.

Avant de terminer, je voudrais rapprocher de ce procédé d'anesthésie deux ordres de faits qui lui sont connexes.

L'un a trait au manuel préconisé par le Dr Mendel pour les injections laryngées. Sa première technique, qui consistait à déposer le liquide dans le sillon glosso-épiglottique, fut reconnue inefficace par lui-même à la suite des critiques très judicieuses, pour ainsi dire classiques, de mon collègue et ami le Dr Viollet. Il y avait provocation d'un mouvement de déglutition, d'où obstacle à l'absorption laryngée. Dans son dernier procédé, il projette le liquide contre la paroi postérieure ou latérale du pharynx ; assez souvent alors le liquide pénètre dans le larynx et la trachée, en partie au moins. Encore n'est-on pas à l'abri d'un réflexe indirect de déglutition parce que la langue est tenue par l'opérateur.

L'autre fait, ce sont les tractions rythmées de la langue. Le Dr Laborde avait constaté que ces tractions réveillaient d'abord les contractions diaphragmatiques. De plus, la section des nerfs laryngés supérieurs lui montra que l'action provocatrice réflexe des tractions linguales était très amoindrie, c'est que le point de départ, l'incitateur de ce réflexe, était, de ce fait, réduit en majeure partie. Et il ajoutait : « la « provocation constante du réflexe de déglutition, qui pré- « cède même d'habitude, dans ces conditions, la réapparition « du réflexe respiratoire, semble donner une importance « particulière à l'intervention du glosso-pharyngien dans le « mécanisme physiologique dont il s'agit. »

Ces expériences marquent l'importance et la sensibilité du

réflexe phrénique à point de départ laryngé supérieur. Or le spasme nauséeux s'appuie sur une forte contraction du diaphragme et s'accompagne souvent d'ailleurs d'un accès de toux plus ou moins violent. D'autre part, la base de la langue ante-épiglottique et la face linguale de l'épiglotte et de ses replis sont innervées, conjointement au glosso-pharygien, par les terminaisons antérieures des nerfs laryngés supérieurs.

Dans le procédé que j'emploie, j'anesthésie donc à la fois les terminaisons du glosso-pharyngien et celles du laryngé supérieur. Il est même probable qu'une partie de la solution cocaïnique passe au-dessus et en arrière des replis glosso-épiglottiques et rend cette anesthésie du laryngé supérieur plus complète encore. J'en conclus que, si le glosso-pharyngien entre en jeu dans le réflexe nauséeux tactile, le laryngé supérieur y entre également avec une participation très importante, non mise en relief jusqu'ici.

Quant à ma conclusion pratique, c'est que l'anesthésie de la région, dite nauséeuse, glosso-épiglottique, abolit à la fois les mouvements répétés de déglutition et le spasme nauséeux provoqués par les incitations diverses que nous avons étudiées ; qu'elle rend malléables et sans réaction ces langues hostiles dont la contracture semblait défendre, en l'immobilisant, la zône réflexe éminemment sensible qu'elles sentent à leur base ; qu'elle permet enfin, dans ces cas difficiles, tout examen du larynx et du rhinopharynx.

Discussion

M. Viollet. — J'ai eu le plaisir de mettre en œuvre à plusieurs reprises le procédé simple et pratique d'anesthésie, que vous propose, aujourd'hui, notre collègue et ami le Dr Fournié.

Je ne l'ai mis en œuvre que chez des malades particulièrement difficiles à examiner, tant au point de vue du larynx que du pharynx, et, chaque fois, en employant le procédé du Dr Fournié, je suis parvenu à examiner facilement le malade. J'avoue qu'avant d'avoir essayé moi-même ce nouveau procédé d'anesthénie, l'idée de mon ami Fournié d'anesthésier la base de la langue, tandis que le miroir laryngoscopique prenait point

d'appui sur le voile du palais, m'avait paru tout à fait paradoxale et inattendue.

Confiant dans l'ingéniosité et la sagacité patiente de notre collègue j'essayai et je fus immédiatement convaincu de la valeur du procédé si simple dont le Dr Fournié vient de vous exposer avec tant de talent les bases et la raison d'être scientifique et clinique.

Je crois même que ce procédé d'anesthésie particulièrement simple, je le répète, est de nature à faciliter singulièrement et à rendre véritablement efficace et réelle, pour le médecin-praticien, l'injection intratrachéale simplifiée administrée par le dernier procédé du Dr Mendel.

Des essais scientifiquement contrôlés dans cet ordre d'idées seraient particulièrement souhaitables.

Recherches anatomiques et histologiques sur la surdi-mutité

Par les Drs CASTEX et MARCHAND (1)

Castex communique le résultat de ses recherches sur trois sourds-muets, en collaboration avec le Dr Marchand (de Blois).

Ces auteurs ont vu que les oreilles moyennes étaient indemnes mais que les lésions portaient sur l'oreille interne et sur l'encéphale.

Ces trois sujets présentaient : des traces de méningites anciennes et guéries, une atrophie manifeste des circonvolutions temporales des deux côtés, une dégénérescence de la branche cochléaire du nerf auditif, des tubercules des stries acoustiques et des cellules de l'organe de Corti.

Les auteurs montrent des coupes du conduit auditif interne où l'on voit nettement, à côté du nerf facial, du nerf

(1) — Résumé. — L'article *inextenso* paraîtra dans le Bulletin de l'année prochaine.

intermédiaire de Wrisberg et de la branche vestibulaire indemnes, la branche cochléaire du nerf auditif seule dégénérée.

L'examen histologique a été poursuivi dans toutes les voies auditives, notamment sur le limaçon et les appareils qu'il renferme.

Dans ces trois cas la pathogénie de la surdité initiale paraît être la suivante : méningite ayant laissé après elle l'atrophie, tantôt des protoneurones périphériques auditifs, tantôt du neurone terminal de la voie auditive.

Et, comme beaucoup de surdi-mutités sont congénitales, les auteurs se demandent s'il ne s'agit pas alors de méningites intra-utérines dues à des toxines d'origine hépatique, rénale ou autre, versées par la mère dans le sang du fœtus.

Discussion

Saint-Hilaire demande si dans les cas rapportés par M. Castex, il y avait des lésions de l'oreille interne du labyrinthe.

Castex. — Il y avait de la dégénérescence de l'organe de Corti.

Saint-Hilaire demande si cette dégénérescence était secondaire.

Castex. — Les lésions de méningite étaient toujours antérieures.

Saint-Hilaire. — Dans des cas examinés par moi, l'oreille interne était remplacée par du tissu osseux compact.

Castex. — Dans mes cas tout le limaçon était atrophié, ainsi que l'organe de Corti et la branche cochléaire. Les causes de cette atrophie paraissaient commencer dans les circonvolutions cérébrales.

Viollet. — Le point principal de la démonstration consiste à établir si la surdité est acquise ou congénitale.

Castex. — L'histoire clinique peut répondre à cette question, il s'agit de savoir si l'enfant a parlé ou non.

Viollet. — Il y aurait intérêt à savoir si la surdi-mutité est surtout congénitale ou surtout acquise et dans quelles proportions.

Castex. — Sur ce point, il y a des opinions divergentes : pour l'orateur les statistiques paraissent fournir autant de cas à l'une et l'autre variété.

Pince à polypes de l'oreille

Par le Dr G. MAHU

Les polypes de l'oreille sont le plus souvent des petites tumeurs fongueuses de nature conjonctive, exceptionnellement myxomateuse, et devenant parfois de véritables fibromes.

Ils prennent naissance au cours de suppurations de l'oreille moyenne ou de l'oreille externe et sont généralement implantés sur des surfaces osseuses atteintes d'ostéite: sur le fond de caisse, sur les osselets, sur le pourtour du cadre tympanal, ou encore à l'orifice d'une fistule mastoïdienne débouchant dans le conduit auditif.

On trouve également des fongosités polypoïdes en dehors de toute surface osseuse malade, sur les bords d'une perforation tympanique ou de la membrane de Schrapnell.

Les polypes auriculaires, suppurant pour leur propre compte et augmentant peu à peu de volume, deviennent une cause d'infection et un obstacle à l'écoulement du pus provenant des parties sur lesquelles ils ont pris naissance.

A ce double titre, leur suppression s'impose, quelle que soit leur nature et quelle que soit leur position.

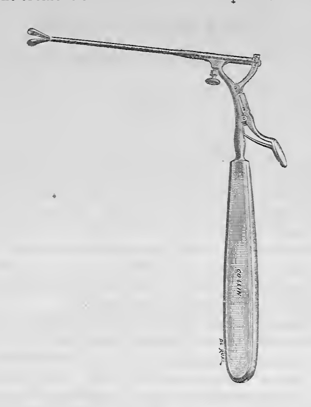
Toujours très vasculaires, ils sont ou pédiculés ou sessiles.

Quand leur volume est minime on peut, pour les détruire. employer la cautérisation chimique ou galvanique ; mais, quand ils sont gros, il faut avoir recours à l'excision.

Cette excision se fait aisément à l'anse froide lorsque les polypes, pédiculés, peuvent être facilement atteints. Mais tel n'est pas toujours le cas. Fréquemment, au contraire, il est difficile de les saisir par ce moyen, soit à cause de leur forme, soit à cause de l'emplacement qu'ils occupent.

Souvent embarrassé dans des cas de ce genre et, ne connaissant pas d'instrument commode pour cette intervention,

nous avons fait construire par Collin, une pince qui nous satisfait entièrement et dont voici la description :



Les mors de cette pince sont constitués par deux petites curettes dont les branches, courtes et flexibles, forment entre elles un angle aigu soudé par son sommet à une petite tige ronde rigide de la grosseur d'une aiguille à tricoter et longue de huit centimètres.

Sur cette tige glisse, à frottement doux, un tube qui l'entoure à la façon d'un fourreau et dont l'extrémité antérieure, progressant tandis que la tige reste fixe, serre les deux mors l'un contre l'autre jusqu'au contact, de telle sorte que le fonctionnement de la pince s'effectue *sans aucun déplacement antéro-postérieur de ses mors.*

Ce système est supporté par un manche faisant avec lui un angle obtus voisin de 90°.

Le mouvement du tube est obtenu au moyen de la combinaison de deux leviers du premier genre ayant tous les

deux leur point d'appui sur le manche de l'instrument. La puissance, représentée par le pouce de l'opérateur, agissant sur le grand bras du premier levier, produit par l'intermédiaire du second, la progression du manchon et, par suite, le rapprochement des deux mors ; le pouce, cessant sa pression, le grand bras du premier levier, soulevé par un ressort, reprend sa place, le tube revient en arrière et les mors s'écartent l'un de l'autre.

La tige porte-mors est fixée au manche au moyen d'une vis de serrage. Desserrant cette vis, on peut faire tourner la tige à volonté autour de son axe et, de la sorte, faire agir la pince dans n'importe quel plan.

Pour la stérilisation, desserrer la vis et tirer à soi la tige par ses mors jusqu'à sa sortie du manchon.

Le manche, tenu par les quatre doigts de la main pliés sur lui, le pouce appuyant sur le levier, l'instrument pendant son emploi sera placé dans le plan vertical, dans le plan horizontal, ou dans des plans obliques intermédiaires, suivant la commodité de chacun.

Pour l'introduction dans le spéculum et dans le conduit, afin d'éviter la gène résultant de l'écartement des mors à l'état de repos, appuyer sur le levier pour les rapprocher l'un de l'autre et attendre qu'ils soient parvenus à destination pour les laisser s'écarter d'un angle suffisant pour la préhension du polype.

Deux cas d'empyème maxillaire d'origine ethmoïdale

Par le Dr CAUZARD

Les cas d'empyème du sinus maxillaire ne sont pas rares ; le plus souvent le sinus maxillaire n'est que le réservoir du sinus frontal ; nous avons observé deux cas qui nous ont semblé intéressants, car le pus contenu dans le sinus maxillaire nous a paru provenir nettement de l'ethmoïde.

La première observation concerne un jeune homme de 19 ans.

En février 1905, abcès dentaire ;

Le 7 mars, 2e abcès dentaire suivi d'extraction de la dent. Dès la fin février, le malade mouche du pus, pas de céphalée, ni névralgie actuellement. En a eu antérieurement.

Le 4 mai, je vois le malade, qui se plaint d'obstruction nasale, obstruction très ancienne, principalement de la fosse nasale gauche.

Rhinoscopie antérieure.

F. N. G = Méat inférieur = muco-pus, cornet inférieur hypertrophié.

Méat moyen = obstrué par un cornet moyen volumineux, et couvert de végétations polypoïdes.

F. N. D = Cornet inférieur congestionné hypertrophié.

Rhinoscopie postérieure.

Choane gauche = pus.

Choane droite = rien à signaler.

Au palper : douleur orbito-nasale.

Diaphanoscopie = côté gauche de la face obscur.

Le 7 mai, destruction de la tête du cornet moyen, remplie d'un pus très fétide et épais, visqueux.

Le 31 mai, par une fistule dentaire, un fin stylet pénètre dans le sinus maxillaire gauche ; nous proposons le curettage du méat moyen et une ponction du sinus maxillaire.

Le 7 juin, après adrénaline et cocaïne, destruction de tout le cornet moyen, et curettage de tout le méat moyen et des cellules ethmoïdales voisines, avec des curettes courbes et coudées. Lavage du sinus maxillaire ; il contient un pus visqueux, tandis que le méat moyen était rempli d'un amas fétide rappelant les matières cholestéatomateuses.

Le 14 juin, lavage du sinus maxillaire, pas de pus.

Depuis, la guérison s'est maintenue. La diaphanoscopie montre un peu d'obscurité à gauche. Si l'histoire du malade semble donner une étiologie dentaire à cette affection, tel n'est pas mon diagnostic, car un interrogatoire précis m'a permis de reconnaître que l'obstruction nasale, les coryzas fréquents latéralisés surtout à gauche étaient antérieurs à l'abcès dentaire, que celui-ci était un fait connexe.

Je crois que la guérison survenue après une seule ponction serait en faveur de mon diagnostic.

Le malade revu il y a 3 semaines est tout à fait guéri.

La 2e observation est celle d'un adulte âgé de 40 ans, que j'ai vu le 5 avril.

Depuis un an,il s'est plaint de sécheresse des fosses nasales; depuis 2-3 mois il mouche du pus,toujours du côté gauche, et se plaint de quelques douleurs de ce même côté au niveau du front et de l'angle orbitonasal.

Rhinoscopie antérieure = F. N. G = pus, et végétation polypeuse de la muqueuse du cornet moyen.

F. N. Dr = rien.

Diaphanoscopie = obscurité du côté gauche de la face, le sinus frontal semble moins bien éclairé à gauche.

Le 16 avril, ponction du sinus = pus abondant, ablation de la tête du cornet moyen ;

Le 22 avril, destruction de tout le cornet moyen, curettage de tout ce qui emplit le méat moyen ;

Le 3 mai, ponction du sinus, pas de pus dans le courant de mai, je curette les cellules ethmoïdales dont les orifices laissent sourdre le pus au niveau de la paroi orbito-nasale ; auparavant je faisais une application de chlorhydrate de cocaïne en solution concentrée dans l'adrénaline au 1000e ;

Le 3 octobre, je faisais une ponction du sinus sans trouver de pus.

Du S. sphénoïdal dont on voit très facilement l'orifice depuis le curettage de la F. N. G. sort du pus. J'agrandis avec plusieurs curettes cet orifice et fais un badigeonnage avec du créosotol à 20 0/0.

Actuellement le malade va assez bien, quelques gouttes de pus viennent sourdre de quelques cellules ethmoïdales à la paroi externe de la partie supérieure de la fosse nasale.

Cette observation ressemble assez à la précédente et je crois que l'on peut dire que ce sont là 2 càs d'ethmoïdite suppurée se déversant dans le sinus maxillaire.

Discussion

Lubet-Barbon demande à M. Cauzard s'il s'agissait vrai-

ment d'une tumeur cholestéatomateuse, c'est-à-dire de lamelles imbriquées.

Cauzard. — Il s'agissait de débris plutôt caséeux.

Lubet-Barbon. — Il existe plusieurs observations d'ethmoïdites se vidant dans le sinus maxillaire. Plusieurs cas étaient justiciables du traitement spécifique : c'était de la syphilis et de pseudo-sinusites.

Cauzard. — La matière caséeuse n'était pas libre ; il a fallu l'intervention pour la faire sortir.

Lermoyez. — Que faut-il penser du coryza caséeux de Duplay ?

Lubet-Barbon. — Dans la syphilis du nez, où la présence de masses caséeuses dans le nez est fréquente, on rencontre des pseudo-sinusites qui guérissent par un simple lavage : c'est-à-dire il n'y a que déversement du pus dans le nez.

En réponse à M. Lermoyez je pense que la rhinite caséeuse de Duplay est due à la syphilis où la présence d'un corps étranger.

Guisez demande si l'ethmoïdite était isolée ; il s'agit le plus ordinairement de fronto-ethmoïdite.

Cauzard. — Le diagnostic de la sinusite frontale n'était pas complet puisqu'il n'y a pas eu d'intervention.

Courtade a observé deux cas de rhinite caséeuse : ces maladies ont guéri par un nettoyage à fond des fosses nasales. Chez un enfant de cinq à six ans, il observa un cas de rhinite caséeuse ; de simples interventions amenèrent la guérison complète.

Lubet-Barbon. — Quand il n'y a pas de syphilis, il y a des corps étrangers et dans ces cas il s'agit peut-être de séquestres

Boulay. — Deux cas de rhinite caséeuse sans syphilis furent observées par lui : il y avait eu expulsion de masses caséeuses énormes.

Castex a observé également un cas de rhinite caséeuse sans syphilis. Il faut remarquer que Duplay avait décrit des lésions sinusales en même temps que de lésions nasales.

Lermoyez. — Faut-il maintenir le « coryza caséeux » dans les traités. La présence du caséum suffit-il pour créer un cadre nosologique ?

Dit-on qu'un enfant à une rhinite siliceuse parce qu'il à un caillou dans le nez ?

Courtade fait remarquer que la maladie dure un temps indé-

fini et que ce sont des malades négligents qui en sont porteurs et qui ont d'autres lésions qui aboutissent précisément à créer le coryza caséeux. La rhinite purulente est d'ordinaire bilatérale tandis que le coryza caséeux est unilatéral.

L'ordre du jour appelle ensuite les élections pour le renouvellement du bureau.

M. Furet, Président, fait connaître qu'il a reçu une lettre de M. Saint-Hilaire donnant sa démission de Secrétaire-général. Au nom de la Société, le Président remercie M. Saint-Hilaire des longues années de labeur et de dévouement qu'il a consacrées au développement et à la prospériié de cette société.

Les résultats du scrutin secret sont les suivants :

Sur 24 votants : Au premier tour :

M. Weismann est élu, vice-président à la majorité de 18 voix,

M. Mahu est élu secrétaire-général, à la majorité de 18 voix.

Par acclamations **MM. Mounier** et **Didsbury** sont maintenus respectivement dans leurs fonctions de Trésorier et de Secrétaire des séances pour l'année prochaine.

Le Président nomme une commission composée de MM. Laurens, Guisez et Veillard pour vérifier les comptes du Trésorier.

La prochaine séance aura lieu le vendredi 8 Décembre à 10 heures du matin à la clinique de MM. Martin et Lubet-Barbon.



Séance du 8 Décembre 1905

CLINIQUE DES Drs MARTIN ET LUBET-BARBON

Présidence de M. Furet, Président

Présents : MM. P. Viollet, Lubet-Barbon, Cousteau, Mahu, Veillard, Fournié, Grossard, Egger, Martin, Georges Laurens, Mounier, Courtade, Gellé fils, Bourgeois, Castex, Furet, G. Didsbury, Kœnig, Cauzard, Weismann, Bruder.

M. Lermoyez s'est fait excuser.

Au début de la séance, le Président fait savoir que M. Luc, ancien membre démissionnaire, est revenu sur sa décision et qu'il demande à faire de nouveau partie de la Société. Sur la proposition du Bureau, la réintégration du Dr Luc est immédiatement votée par acclamation.

M. Mahu, secrétaire général, fait part de trois demandes d'admission qui lui ont été adressées par MM. Bellin et Paul Laurens, à titre de membres actifs et de M. Moll, d'Arnheim, à titre de membre correspondant et présentés tous les trois par MM. Lermoyez et Mahu.

MM. Grossard, Weissmann et Bourgeois sont désignés par le Président pour l'examen de ces trois candidatures, ainsi que de celle de M. Fiocre, omise à une précédente séance, candidatures au sujet desquelles ils auront a fournir un rapport lors de la prochaine réunion.

M. Georges Laurens présente un miroir de Clar se branéhant sur toute installation électrique en ville.

Une lampe dè résistance protège la petite lampe de huit volts du miroir, un rhéostat en règle la lumière. Tout l'appareil extrêmement portatif et léger est contenu dans une boîte.

M. G. Laurens, présente également un pessaire en caoutchouc mince, pouvant s'introduire aisément dans le nez, se gonfler d'air et être maintenu gonflé dans le nez, pour combattre les hémorrhagies. Ce procédé ne s'emploie que dans les nez non-infectés et dans des opérations à sections multiples, On peut le laisser 24 heures : on lui a reproché quelquefois de produire une perforation de la cloison.

M. Courtade dit que ce procédé a été préconisé antérieurement par Gariel (ballon de Gariel). Il exprime son septicisme vis-à-vis des hémorrhagies nasales qu'il ne voit jamais; il est juste d'ajouter qu'il n'emploie pas d'adrénaline préalable ment et qu'il ne fait pas de tamponnement.

M. Viollet a vu chez les adultes des hémorrhagies nasales des plus importantes surtout des hémorragies secondaires.

MM. Martin et Lubet Barbon présentent : 1° un malade qui est porteur dans son larynx de masses fibreuses, non cicatricielles. Après l'anesthésie locale au mélange de Bonain, le larynx avait été parfaitement débarrassé; une rapide repullulation des masses fibreuses produisit de nouveau l'atrésie du larynx.

M. Viollet avait connu et examiné ce malade; il avait tenté quelques piqûres d'huile grise sans succès.

2° Des malades chez lesquels M. Fiocre, assistant de leur clinique, a traité la rhinite atrophique par injections sous muqueuses de paraffine à froid dans les cornets; les résultats sont excellents.

M. Furet présente un cas d'épistaxis récidivantes avec lésions de la cloison; toute mode de cautérisation à échoué.

M. Courtade. — Dans ces cas il s'agit d'une cause générale: on peut l'atteindre par une médication telle que le perchlorure de fer à l'intérieur.

Furet. — Le malade prend depuis quelques jours du chlorure de calcium.

Un cas de lupus étendu des fosses nasales traité par les dérivés du chlore : hypochlorite de soude et acide chlorhydrique. Présentation de la malade

Par le Dr Paul VIOLLET

MESSIEURS,

Ceux d'entre vous qui ont eu l'occasion de traiter d'une façon suivie un lupus des fosses nasales, ont pu se rendre compte de l'extrême difficulté de soins de cette affection; la

conformation anfractueuse et la profondeur des fosses nasales rendent la destruction définitive et complète des lésions particulièrement pénible et ardue.

Déjà rebelles en surface cutanée, les lésions lupiques de la muqueuse nasale me semblent particulièrement tenaces et persistantes. Il faut toute la persévérance, l'ingéniosité et la patience du spécialiste et, il faut bien le dire, du malade, pour obtenir quelques résultats, en pareil cas; encore advient-il parfois qu'un long effort de plusieurs années est tout d'un coup compromis et irrémédiablement perdu par une légèreté ou une imprudence du malade, ou par une complication grave, parfois mortelle au cours de la thérapeutique la plus banale et la plus inoffensive en apparence.

Des multiples ressources variées que possède aujourd'hui la thérapeutique spéciale du lupus externe, cutané, nous ne pouvions guère utiliser jusqu'ici, pour les fosses nasales que trois procédés de choix ; les curettages, les cautérisations galvaniques et l'acide lactique.

En combinant ces divers procédés, en les utilisant judicieusement, à propos et à tour de rôle, on pouvait bien enrayer la marche de certains lupus, même étendus, en circonscrire l'action destructive, en un mot, s'en rendre suffisamment maître pour qu'il devint seulement nécessaire de surveiller de temps à autre le patient et de s'assurer que le nez se maintenait bien dans un état à peu près satisfaisant. J'ai eu moi-même l'occasion de mettre en œuvre ces procédés usuels dans un cas notamment, dont vous me permettrez bien de vous rappeler brièvement l'histoire, désirant justement l'opposer au cas que je compte mettre sous vos yeux aujourd'hui.

Il s'agissait d'une jeune fille de 18 ans, Mlle G..., atteinte de lupus étendu à la majeure partie des deux fosses nasales ; ce lupus avait été traité par divers spécialistes, depuis sept ans, quand je fus chargé de son traitement.

Je parvins, au bout de 18 mois de traitement régulier, à me rendre suffisamment maître des lésions lupiques du nez pour songer à m'occuper de parachever mon œuvre en m'occupant de l'esthétique externe du nez de cette malade,

ainsi que je vous le montrerai dans un instant. J'avais employé les procédés classiques de traitement du lupus des muqueuses dont j'ai parlé plus haut, m'attachant également, de très près, à la thérapeutique générale ; cette jeune fille avait engraissé, se portait mieux, son nez n'avait jamais été en si bel état, il me suffisait de le surveiller à de rares intervalles pour m'assurer qu'il n'y survenait pas de nouvelles repousses de tissu lupique.

A cette époque, « seconde », dans un magasin de couture, cette jeune fille n'avait qu'une ambition, être nommée « première », poste envié, et se marier ; son nez qui, autrefois, avait présenté des lésions lupiques externes du lobule et de l'aile droite du nez, avait été malheureusement déformé autrefois, par un traitement intempestif de cautérisations mal appliquées et M. Darier, tardivement consulté, n'avait réussi qu'à grand peine à conserver un lobule et une aile du nez atrophiés et mesquins.

Cette jeune fille, pour les raisons dont je viens de parler, sachant d'ailleurs son nez en bon état, au point de vue des lésions lupiques, se sentant d'ailleurs active et en bonne santé, et voulant réaliser ses plans, n'eut plus, je le répète, qu'une préoccupation, rendre son nez moins difforme pour pouvoir passer « première » et augmenter ses gages, puis se marier.

A cette époque (novembre 1901) la méthode de Gersuny était récente; on employait encore la vaseline fusible à 40° ou 45° et non la paraffine dure à 52° ou au-dessus ; on n'avait pas signalé les accidents attribués depuis. à la vaseline ; je me crus autorisé à appliquer cette méthode nouvelle au cas présent ; je reconstituais assez facilement, malgré l'état cicatriciel de la peau du lobule et de l'aile du nez, un lobule et une aile droite suffisamment présentables ; la malade fut enchantée, elle fut nommée « première » presque aussitôt et, malgré les conseils reitérés de M. Darier et de moi-même, se maria, environ un an après.

A cette époque, il y avait un an et demi environ que j'avais cessé le traitement régulier du nez; néanmoins de petits points suspects, notamment une gencive également atteinte d'ulcérations lupiques et mal guérie, me faisait mal

augurer de ce mariage trop rapproché d'un état morbide récent et incomplétement liquidé.

Cette imprudence devait en effet causer la mort de cette jeune fille devenue jeune femme à 21 ans environ ; un mois après son mariage, elle était plus fatiguée, obligée de faire cautériser et soigner, à nouveau, son nez ; elle se plaignait d'une otite moyenne suppurée gauche subaiguë, du côté cautérisé ; moins d'un an après, elle avait maigri de 6 livres ; au bout de 18 mois, elle toussait, avait perdu 8 livres ; elle part à la campagne dont elle revient en meilleur état, mais enceinte ; quelques mois après, elle était emportée, au cinquième mois de sa grossesse, à 23 ans, par une thrombose du sinus, liée à une nouvelle poussée d'otite droite, consécutive à une simple cautérisation galvanique de la queue du cornet inférieur droit ; je dois dire que la malade avait eu déjà, à deux reprises différentes, une poussé catarrhale d'otite droite, survenant sans cause adjuvante de cautérisation ; j'avais heureusement enrayé en temps voulu, ces atteintes légères, préludes d'une otite plus grave.

Qu'il me soit permis de déplorer, à l'occasion de la mort dramatique de cette jeune femme, les défectuosités de la garde d'urgence dans les hôpitaux de Paris et l'ignorance trop grande des chirurgiens et des médecins en ce qui a trait à la gravité et à l'urgence des opérations radicales et complètes dans les complications subites des otorrhées ou des sinusites.

Dans le cas particulier, une série de déconvenues et de mauvais vouloir tout à fait indépendants de ma volonté m'empêchèrent d'intervenir moi-même immédiatement et de pratiquer l'opération à ma façon ; je fus obligé de demander l'admission d'urgence dans un hôpital urbain ; or, dans le cas particulier, je fus à même de contrôler, de visu et par moi-même, des lacunes et des défectuosités du service de garde d'urgence dans les hôpitaux de Paris ; permettez-moi de donner quelques courts détails à ce sujet,la question étant d'actualité. Je ne fais, par là, la critique d'aucun hôpital, ni d'aucun chirurgien en particulier, car les moins accueillants ne sont pas toujours ceux que l'on pourrait croire ; quoiqu'il en soit, c'est un fait, pour la malade dont

il s'agit, j'eus à déplorer une attente d'une demi-heure ou trois-quarts d'heure, dans la cour de l'hôpital, pour cette femme, accompagnée par moi-même, conduite en voiture d'ambulance, secouée de frissons et vomissant dans la voiture pendant toute la durée de cette longue attente ; une fois le billet d'admission signé, le chirurgien ne survint qu'une heure ou deux plus tard, venant de l'autre bout de Paris, où il était en train, paraît-il d'opérer et cela vers 5 ou 6 heures du soir, à la fin de sa journée de garde. (1)

Témoin des vomissements bilieux, verts, de la température élevée au-dessus de 40° et des frissons, symptômes auxquels se surajoutaient du gonflement et un empâtement douloureux de la région cervicale suivant le trajet de la jugulaire interne, du côté de l'oreille malade, le chirurgien, connu, habile, jouissant d'une bonne réputation chirurgicale, se borna à une trépanation simple de la mastoïde ; mais combien de chirurgiens de garde en auraient fait davantage ! Insistant néanmoins pour que la jugulaire fut liée, je m'attirai cette réponse : « Il vaut mieux lui éviter une cicatrice ».

Le surlendemain, l'infection persistant, l'avortement se produisit et la malade mourait 24 heures après, avec des symptômes assez particuliers, tels qu'un état phlegmoneux de la main et du pied opposés au côté de l'oreille malade. L'autopsie nous fut malheureusement refusée.

J'ajoute en terminant, pour ceux qui s'intéressent aux résultats éloignés de la méthode de Gersuny, que lors de la mort de cette jeune femme, c'est-à-dire plus de deux ans après les injections sous cutanées de vaseline, l'aspect du nez, rectifié au point de vue esthétique, s'était conservé sans modification bien sensible.

C'est à cette histoire dramatique que je voudrais opposer celle de la jeune femme que je vous présente aujourd'hui.

La malade dont il s'agit est d'autant plus intéressante à mettre en parallèle avec la précédente, que comme vous le voyez, cette jeune femme est à peu près du même âge, de

(1) J'apprends que l'Administration de l'Assistance publique vient de décider qu'il y aurait désormais deux chirurgiens de garde à la fois pour les hôpitaux de Paris. (*Janvier 1906.*)

même sexe, de même condition sociale, et de plus s'est mariée, comme la première, malgré nos conseils, à peu près dans les mêmes conditions, c'est-à-dire étant encore atteinte de lésions lupiques nasales incomplétement éteintes et en cours de traitement.

Cette malade ne présentait aucun antécédent familial de tuberculose, le père est âgé de 51 ans et rhumatisant; la mère est âgée de 44 ans, bien portante.

Bien que la mère ait eu quatre fausses couches, il ne semble pas qu'il y ait de syphilis dans les antécédents ; deux fausses couches seulement, postérieures à la naissance de cette jeune fille, s'étant effectuées à un stade avancé de la grossesse; les deux premières doivent être rattachées, je pense, à des fausses couches de jeune mariée.

En tout cas, notre malade ne présente aucun stigmate de syphilis héréditaire, ni facies, ni surdité, ni dents d'Hutchinson, ni kératite ancienne.

En juin 1904, elle était atteinte d'une affection nasale remontant à dix ans dont elle ignorait alors la gravité ; elle avait environ 18 ans ; à cette époque elle présentait des végétations exubérantes et fongueuses de la cloison du nez, du côté droit, qui, de suite, nous firent songer à la possibilité de lésions lupiques du nez ; cette hypothèse fut confirmée par l'examen histologique que je fis d'un fragment de la masse, qui me révéla la présence de nombreuses cellules géantes et bien qu'un autre fragment inoculé à un cobaye, eut laissé vivre l'animal, je n'hésitais pas à considérer ces lésions comme indubitablement lupiques ; c'était également l'avis de mon collègue et ami, le Dr J. Fournié, qui voyait la malade en même temps que moi ; dans ces conditions, je n'hésitais pas à pratiquer le curettage des masses fongueuses exubérantes de la cloison nasale du côté droit ; ce curettage me révéla bien vite que les lésions étaient plus étendues que nous ne le supposions d'abord ; je m'aperçus, en effet, que le cornet inférieur droit ainsi que le bord et la tête du cornet moyen, du même côté, avaient été en grande partie rongés ou éliminés.

Après trois mois de traitement régulier, consistant en curettages et cautérisations à l'acide lactique (je ne vou-

lais pas employer le galvano cautère, redoutant l'infection toujours à craindre avec les eschares simplement ignées; instruit d'ailleurs par le cas tragique précédent) et soins généraux, la malade était en bonne voie d'amélioration, quand elle eut la malencontreuse idée de se marier à son tour; à peine mariée, elle avait une poussée d'otite moyenne catarrhale aiguë sans lien apparent avec les cautérisations du nez; un mois après, la malade nous revenait en déplorable état; les lésions de la cloison et des cornets du côté droit étaient de nouveau en activité; de plus, l'infection lupique s'était propagée au côté opposé de la cloison du nez, en deux points différents siégeant, l'un dans la portion antérieure cartilagineuse, l'autre dans une région plus postérieure; la malade avait du larmoiement de l'œil gauche; de plus elle avait maigri de plusieurs livres depuis quelque temps.

Dans ces conditions, je n'hésitai pas à pratiquer un nouveau et sérieux curettage des parties malades, suivie d'une énergique cautérisation d'acide lactique.

Un mois après, malgré ce traitement combiné à la suralimentation, la prise de viande crue, d'œufs, d'huile de foie de morue, de liqueur de Fowler, l'état local du nez ne faisait qu'empirer, les lésions progressant au point que je craignais pour la sous-cloison du nez; en effet peu à peu la portion cartilagineuse de la cloison s'ulcérait, puis finalement se perforait sans que ni nos cautérisations, ni nos curettages ne parvinssent à enrayer la marche progressive du mal.

Désespérant alors de me rendre maître des lésions par les moyens thérapeutiques employés, curettage et acide lactique, ne voulant pas employer le galvano-cautère dont je redoutais les réactions inflammatoires secondaires, je songeais à utilser le radium directement porté dans la fosse nasale; malheureusement je ne réussis pas à m'en procurer économiquement.

Dans ces conditions, je déclarais à la malade qu'il n'y avait plus, à mon avis, pour elle, qu'une seule ressource, si elle voulait éviter une déformation extérieure et un effondrement du nez dans sa partie moyenne, lobulaire et suslobulaire, c'était de quitter Paris et d'aller vivre au bord de la mer.

Malheureusement la malade était alors jeune mariée ; son mari était sergent de ville à Paris et elle me déclara, malgré toutes mes instances, qu'elle ne pouvait pas prendre cette résolution.

C'est alors que j'eus l'idée de prescrire à la malade, des lavages du nez à l'eau bouillie additionnée d'une cuiller à soupe de liqueur de Labarraque par litre d'eau au lieu d'eau salée.

Quinze à vingt jours après, je fus surpris de l'aspect différent des lésions ; les parties malades étaient plus pâles, plus rétractées, moins rouges, moins saignantes, surtout dans les parties qui avaient été récemment curettées ; néanmoins les lésions avaient tendance à se faire jour vers l'extérieur, en envahissant l'angle d'union de l'aile du nez droit et de la cloison, vers le lobule du nez, du côté droit ; de plus, les lésions postérieures de la cloison ne faisaient que se développer. Les lavages à la liqueur de Labarraque, faits régulièrement, furent très bien supportés, nullement irritants, et c'est à eux que j'attribue en majeure partie le changement d'aspect notable des lésions, qui se trouvèrent bientôt en assez bon état dans les parties antérieures, pour me permettre de voir et de soigner aujourd'hui, les parties profondes, ce que je n'avais pu faire facilement jusqu'ici.

Je continuai néanmoins les cautérisations d'acide lactique, mais je n'arrivai toujours pas à empêcher le bourgeonnement des bords de la perforation du cartilage de la cloison ou de la muqueuse du vestibule du nez droit, au niveau de son angle antérieur ; de plus les lésions de la portion profonde de la cloison nasale étaient encore en pleine activité des deux côtés ; il me paraissait même qu'extérieurement, la partie moyenne de la crête nasale, à cette époque, avait augmenté de volume et s'était légèrement élargi et épaté, comme on le voit, à un degré plus marqué chez des jeunes gens qui ont eu le nez bourré de polypes dès leur enfance.

A cette époque, par hasard, mes yeux tombèrent sur une communication de M. Drew, à la Société de Médecine de Hambourg (7 mars 1905) relatée dans le *Berliner Klin Woch*, 1904, p. 1216 et dans la *Presse Médicale* du 22 mars 1905, p. 179.

Dans cette communication, l'auteur préconisait l'acide chlorhydrique pur dans le traitement du lupus et indiquait les heureux résultats obtenus par lui, ainsi que la technique qu'il avait employée.

J'avais, d'autre part, lu, à peu près à la même époque, un article de Unna, ayant trait au traitement du lupus, paru dans le *Thérapie der Gegenwart* (janv. 1905 p. 19). Dans cet article, antérieur à la communication de Drew, dont j'ai donné un assez long compte-rendu dans la *Gazette des Hôpitaux*, n° 44, p. 524, Unna passant en revue les différentes ressources thérapeutiques que nous possédons dans le traitement du lupus, s'attache à démontrer que, dans le lupus des muqueuses, les méthodes en vogue doivent céder le pas aux methodes de cautérisation chimique et, à ce propos, il rappelait l'emploi ancien des chlorures de zinc et d'antimoine dans le lupus; lui-même avait fait autrefois usage du chlorure d'antimoine, liquide qui contient de l'acide chlorhydrique.

Bien qu'à priori, il fut porté à attribuer au chlore seul, l'action de ces sels, comme on expliquait, par lui, l'action thérapeutique du sel de cuisine, de l'eau de mer, des eaux-mères de Kreuznach, etc., cependant des expériences entreprises sur le bacille de la lèpre lui démontrèrent que l'acide chlorhydrique même avait une action particulièrement nuisible sur ce bacille, contrairement à l'acide nitrique par exemple. Ces résultats lui ayant paru applicables au bacille de la tuberculose, il substitua au chlorure d'antimoine l'acide chlorhydrique pur et de préférence l'acide chlorhydrique brut, plus actif ou chargé de chlore, dans le traitement du lupus.

Ce sont les bons effets de cette médication simple et pratique que publiait Drew.

Mise en pratique, surtout dans le traitement du lupus cutané, je résolus de l'essayer dans le traitement du lupus des muqueuses, et notamment des fosses nasales ; j'y étais d'autant plus porté que, comme je vous l'ai dit, j'étais préoccupé des conséquences tragiques et des complications rapidement mortelles qui pouvaient survenir de l'emploi du galvano-cautère dans des fosses nasales lupiques, chez des

malades dont l'état général était défectueux, pour une raison ou pour une autre raison, toujours existante du reste, du fait même que les malades sont atteints de lupus et de lupus ancien ; ce qui était le cas notamment de la première malade dont je vous ai rapporté l'histoire.

Réaction inflammatoire, infections secondaires, otites et leurs complications, parfois mortelles, telles étaient les raisons qui me faisaient remplacer avec plaisir le galvano-cautère par un caustique chimique plus actif que l'acide lactique, c'est-à-dire l'acide chlorhydrique.

De plus ce traitement, facile à employer, n'exigeait même pas l'anesthésie générale par le chlorure d'éthyle que préconisait Drew pour le lupus cutané; l'anesthésie en surface obtenue avec une solution fraîche de cocaïne à un vingtième, laissée au contact de la muqueuse à l'aide d'une mèche d'ouate hydrophile imbibée de cette solution, pendant dix minutes, suffisait à obtenir l'anesthésie convenable pour la cautérisation.

Dans ces conditions, je pratiquais à 5 ou 6 reprises, à un mois d'intervalle environ, après anesthésie à la cocaïne, des cautérisations des régions malades des fosses nasales, en un point ou en un autre, suivant les indications, avec un tampon d'ouate hydrophile imbibé d'acide chlorhydrique pur, non rectifié ; exprimant l'excès d'acide, j'appliquais avec persistance le tampon sur la région malade ; une fois, en mon absence, le Dr Fournié, jugea utile de faire un curettage des fongosités, avant d'appliquer l'acide chlorhydrique.

Dès la première cautérisation, je constatais, un mois après, que les lésions menaçantes de l'angle supérieur de la narine droite, que je craignais toujours de voir empiéter vers l'extérieur étaient jugulées et cicatrisées, alors qu'aucune autre méthode thérapeutique, y compris le galvano-cautère ne m'avait permis d'obtenir ce résultat.

Deux mois plus tard, après deux cautérisations à l'acide chlorhydrique, la malade continuant, il est vrai, sans interruption, depuis trois mois, des lavages quotidiens du nez à la liqueur de Labarraque, la partie antérieure des fosses nasales, y compris le pourtour de la perforation de la cloison du nez qui s'était constituée au cours et malgré les

traitements antérieurs, était assez bien cicatrisée pour que désormais, je puisse faire espérer à la malade, que l'effondrement de son nez n'aurait pas lieu.

Restaient seulement à guérir, les portions les plus profondes de la cloison nasale que je cautérisais, à trois ou quatre reprises, tout en surveillant les portions antérieures.

Trois mois après, c'est-à-dire cinq mois depuis l'emploi de l'acide chlorhydrique, la malade ne présentait plus que quelques rares points limités à surveiller, notamment un point profond de la cloison, du côté gauche, le plus récemment malade.

Six mois après le début du traitement, la malade présentait des fosses nasales à peu près complétement cicatrisées et guéries, dans l'état où vous les voyez aujourd'hui ; le poids de la malade qui était de 106 livres en août, était de 112 le 2 octobre 1905.

Chez cette malade, comme pour celle dont je vous ai relaté l'histoire tragique, je n'ai jamais négligé le traitement général adjuvant; liqueur de Fowler, huile de foie de morue, viande crue, etc. Le grand air lui manquait malheureusement.

Les lésions nasales remontaient, au dire de la malade, à dix ans ; l'obstruction nasale à 7 ans ; elles n'avaient jamais été soignées sérieusement.

J'ai crû devoir, sans tarder plus longtemps, vous présenter cette malade, bien que l'amélioration si remarquable que je vous signale, soit relativement récente, il est évident que je ne puis parler ici de guérison, tant que le temps n'y aura pas mis sa sanction.

Mais les résultats que j'ai obtenus par l'emploi simultané de la liqueur de Labarraque en lavages, très diluée, et de l'acide chlorhydrique en cautérisations, à l'état de pureté, m'ont paru cependant si frappants, ainsi qu'à ceux de mes confrères, notamment le Dr J. Fournié, qui ont eu l'occasion de suivre avec nous cette malade, que je n'ai pas voulu tarder plus longtemps à vous faire connaître les bons effets que j'avais obtenus de l'emploi du chlore et de l'acide chlorhydrique appliqués aux muqueuses comme l'avait proposé Unna dans le travail auquel je faisais allusion plus haut.

Un cas, bien entendu, ne suffit pas pour juger de l'efficacité d'une méthode, alors même que cette méthode semble donner des résultats dans certains cas, et là même, où les méthodes classiques avaient échoué, appliquées par les mêmes mains ; le résultat obtenu chez la malade que je vous présente aujourd'hui et dont je surveille encore les fosses nasales ne permet évidemment pas de juger encore de la persistance des résultats obtenus par cette méthode ; tels qu'ils sont, ces résultats m'ont paru dignes de votre attention.

Au « doit » de la méthode, il faut inscrire ce fait que l'an dernier, la jeune femme que je vous présente était jeune mariée, surmenée par conséquent de bien des manières ; aujourd'hui elle est mariée depuis plus d'un an, elle est plus reposée ; enfin, l'amélioration a coïncidé avec la belle saison ; son mariage s'était effectué en décembre ; l'état le plus fâcheux de son nez avait été également observé en hiver (début de février).

Néanmoins, je crois qu'étant données les conditions sociales peu en rapport avec les exigences de traitements tels que ceux de la tuberculose et du lupus, l'inefficacité des thérapeutiques antérieures, l'ancienneté du cas, l'état lamentable du nez au moment où j'entrepris de traiter la malade par la liqueur de Labarraque et l'acide chlorhydrique ; étant donnés également les dangers d'autres thérapeutiques, telles que le galvano cautère, dangers dont je vous ai fourni un exemple personnel malheureusement trop frappant, la simplicité, l'innocuité, le peu de frais et la mise à la portée facile de tous, de la méthode thérapeutique dont il s'agit, je crois, dis-je, qu'il était intéressant de vous signaler cette méthode.

Je me bornerai à vous faire remarquer, en terminant que l'hypochlorite de soude ou liqueur de Labarraque (chlorure de soude liquide) n'est nullement un désinfectant anodin ; employée autrefois dans le pansement des plaies et des ulcères, elle a été préconisée récemment en lavages dans l'angine diphtérique (Roux) et en irrigations dans l'ophtalmie purulente (Doyen), d'après Manquat.

C'est pour l'avoir vu employer couramment dans le ser-

vice spécial de la diphtérie du Dr Marfan, que l'idée me vint de l'employer dans le cas de lupus dont je vous entretiens aujourd'hui. On sait que le mode d'action des bacilles de Löffler et de Koch à l'égard des tissus, n'est pas sans analogie.

De plus, l'emploi de lavages à la liqueur de Labarraque diluée, ne contredit nullement l'action du traitement de Unna par l'acide chlorhydrique ; n'est-ce pas toujours ainsi que le croyait cet auteur, le chlore, cet admirable désinfectant, qui entre en jeu dans les deux cas ?

Présentation d'un appareil à air chaud
Par le Dr H. BOURGEOIS

L'appareil présenté peut fonctionner avec une source d'air comprimé quelconque, pourvu que la pression soit constante, tels par exemple les obus d'air comprimé pourvus d'un régulateur, les canalisations d'air comprimés dans les villes, tel aussi et surtout un réservoir quelconque dans lequel l'air est comprimé par une petite pompe, dans le genre de celle Lichtwitz par exemple; mais il faut que ce réservoir soit muni d'un détendeur qui rende à la sortie la pression constante. L'avantage à ce point de vue de l'appareil présenté est la faible consommation d'air qu'il nécessite.

Dans le cas actuel, la source d'air est fournie par l'appareil de Vilbiss, appareil connu depuis longtemps en Amérique ou il est surtout emyloyé comme pulvérisateur et inhaleur. Cet appareil se compose essentiellement d'une petite pompe à bicyclette mue par un moteur et comprimant l'air dans un réservoir métallique. L'air à sa sortie peut passer soit par l'intermédiaire de boules, où il se charge de liquides médicamenteux, soit directement dans l'appareil à air chaud. Un manomètre détendeur règle et maintient constante la pression de l'air à sa sortie, pendant le temps que l'appareil se vide.

Si la consommation d'air doit être grande, il peut être utile, et rien n'est plus simple, d'actionner en même temps le moteur, la séance peut être alors d'une durée indéfinie.

L'appareil à air chaud a été construit par M. Gaiffe sur nos indications. Il est essentiellement formé par une résistance électrique (en platine) située au centre de deux tubes creux emboités l'un dans l'autre et dans lesquel l'air circule. L'air pénètre d'abord par le manchon extérieur, et sort par le plus interne, en sorte qu'à son arrivée, il refroidit la partie externe de l'appareil en même temps qu'il s'échauffe.

L'appareil est tenu à la main, et la canule est directement fixée sur lui, en sorte qu'il n'y a pas de déperdition de calorique, par suite du passage dans un tube très long.

On peut avec cet appareil obtenir de l'air qui, au sortir de l'appareil, fait monter le thermomètre à 120° centigrades, tout en continuant à manier l'appareil sans être le moins du monde incommodé.

Cet appareil peut être construit pour fonctionner sur une batterie d'accumulateurs, ou sur un secteur en bain. Il est muni d'un rhéostat; on peut par conséquent régler la température à volonté. L'appareil s'échauffant peu, la température pour une vitesse d'air constante reste constante pendant la durée d'une insufflation.

Comme la température peut varier à volonté, qu'il en est de même de la vitesse de l'air à sa sortie, on voit qu'on peut toujours avoir avec le débit d'air chaud, la température jugée convenable. Notre appareil qui est peu encombrant est donc essentiellement maniable, commode, susceptible d'être adopté à des usages variés.

A tous ces points de vue, il nous semble qu'il puisse trouver sa place à côté de l'appareil jusqu'ici fréquemment employé en France, l'appareil de Lermoyez et Mahu. Ce dernier est un grand consommateur d'air: la source de calorique est séparé de la canule par tout un long tube dans lequel l'air se refroidit si on lui en laisse le temps, d'où la nécessité de le faire passer à grande vitesse. Ce grand besoin d'air est un obstacle à l'utilisation des petites pompes à moteur électrique si commodes, d'autre part. De plus la température n'est pas constante, l'appareil s'échauffant pro-

gressivement ; la mise en marche est beaucoup plus longue qu'avec notre appareil. Pour nous résumer, nous croyons avoir rendu service à la méthode de l'air chaud, en offrant un appareil qui pourra fonctionner partout où il y aura un secteur électrique, qui est peu encombrant, qui est susceptible de se régler selon des variations infinies, c'est-à-dire de s'adapter aux besoins les plus variés.



MEMBRES DE LA SOCIÉTÉ

PARIS

MM.

Astier, 85, Boulevard Malesherbes.
Aysaguer, 59, rue des Belles Feuilles.
Blanc, 8, rue Auber.
Bonnier, 166, Faubourg Saint-Honoré.
Boucheron, 11 bis, rue Pasquier.
Boulay, 8 bis, Avenue Percier.
Bourgeois, 44, rue de Naples.
Bruder, 37, rue Saint-Pétersbourg.
Cartaz, 39, Boulevard Haussmann.
Castex, 30, Avenue de Messine.
Cauzard, 16, rue Clément Marot.
Chatellier, 8, rue des Saussaies.
Chauveau, 61, Boulevard des Batignolles.
Courtade, 14, rue Castellane.
Cousteau, 15, rue Laffite.
Depierris, 20, rue Soufflot.
Didsbury. 36, rue de l'Arcade.
Egger, 80, rue Taitbout.
Ferrand, 1 bis, Boulevard Magenta.
Fournié, 57, rue du Four.
Furet, 39, rue du Four.
Galand, 16, rue du Château, à Asnières.
Gapin, 17, Boulevard Haussmann.
G. Gellé, 13, rue de Londres.
Gellé, 40, Avenue de la Grande Armée.
Glover, 23, rue de la Bienfaisance.
Grossard, 36, rue de Turin.
Guisez, 16, Boulevard Malesherbes.
Heckel, 1, rue de Cérisoles.

Kœnig, 65, rue Miromesnil.
Lacroix, 41, rue de Berlin.
Laurens (Georges), 60, rue de la Victoire.
Le Marc'Hadour, 40, rue de Berlin.
Lermoyez, 20 bis, rue de la Boëtie.
Lœwenberg, 112, Boulevard Haussmann.
Lubet-Barbon, 110, Boulevard Haussmann.
Luc, 54, rue de Varenne.
Mahu, 68, Avenue Kléber.
Martin, 25, rue du Général Foy.
Mendel, 99, boulevard Péreire.
Ménière, 4, rue d'Anjou.
Montsarrat, 49, rue de Courcelles.
Mounier, 6, rue de l'Isly.
Reynier, 12 bis, place Laborde.
Rousseau, 62, rue Maubeuge.
Ruault, 134, Faubourg Saint-Honoré.
Saint-Hilaire, 14, rue de Berlin.
Sarremone, 51, rue de Rome.
Suarez de Mendoza, 22, Avenue Friedland.
Veillard, 33, rue de la Verrerie.
Viollet, 6, rue Herschell.
Weismann, 91, rue Saint-Lazare.



PROVINCE

MM.

Aigre, 28, rue Wissorcq á Boulogne-sur-Mer.
Boulai, 9, rue Gambetta, à Rennes.
Lapalle, 19, rue Samonzet, à Pau.
Méneau, 215, rue Judaïque, à Bordeaux.
Noquet, 33, rue de Puebla, à Lille.
Percepied, au Mont-Dore.
Piaget, 1, rue Molière, à Grenoble.
Pierre, à Berck-sur-Mer.

CORRESPONDANTS ÉTRANGERS

MM.

Artzrouny, Vahan, à Tiflis, Caucase.
Bezold, Luisenstrasse, á Munich.
Bonfim 3 Rocio 1° à Lisbonne.
Broeckaert, 16, Place du Comte de Flandre, à Gand.
Bruzzi, à Vérone.
Costiniu, 48 str, Fontanei, á Bucarest.
Delsaux, 260, Avenue Louise, á Bruxelles.
Hartmann, Hindersinstrasse, 12, à Berlin, N. W.
Héring, 10 Kotzebue, à Varsovie.
Kurz, via Porte Nuove, à Florence.
Lambert, Office des Postes, à Ottawa.
Max Scheier, 25-26, Friedrichstrasse, à Berlin, S. W.
Politzer, Gonzagagasse, 19, à Vienne (Autriche).
Schmidt, 18, Gallustrasse à Francfort-sur-Mein.
Segura, 567, calle Esmeralda, à Buenos-Ayres.
Sune y Molist, calle di Ausias, II à Barcelone.
Wilson Prévost, 66, Madisson avenue, à New-York.

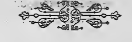


TABLE DES MATIÈRES

Séance du 30 Juin 1905

Séance du 10 Novembre 1905

Séance du 8 Décembre 1905



Imprimerie de Sedan — RAHON — Place Nassau